346

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1904, à 1 heure

Par AUGUSTE ROBERT

Né à Amiens (Somme), le 13 mars 1877
Ancien Interne des Hôpitaux d'Amiens,
Ancien Prosecteur d'anatomie à l'École de médecine d'Amiens,
Lauréat de l'École de médecine d'Amiens et des Hôpitaux d'Amiens,
Lauréat de la Société médicale de Picardie.

DYSTOCIE

PAR

Atrésie Cicatricielle du Vagin

Président : M. BUDIN, professeur.
Juges : MM. BONNAIRE, DEMELIN, POTOCKI, agrégés.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE
15 — Rue Racine — 15

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TILLAUX. LE DENTU TERRIER. BERGER
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BESANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Auguste).	GUIART.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI	WALLICH.
CUNÉO.	LANGLOIS.	RÉMY.	WALTHER.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.		RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MÈRE

Hommage de filiale reconnaissance.

A MAITRE LALLIEZ

Président de la Chambre des notaires d'Amiens.

ET

A MADEMOISELLE LALLIEZ

Témoignage de notre respectueuse et sincère amitié.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Amiens,
Professeur de Pathologie Externe,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Officier d'Instruction publique.

A TOUS NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BUDIN

Professeur de Clinique obstetricale à la Faculté
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

J'offre ce trop modeste travail, et je le prie d'agréer avec mes sincères remerciements l'expression de ma vive gratitude pour l'honneur insigne qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

PRÉFACE

Le 4 février 1903, M. le docteur Fournier, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à l'école de médecine d'Amiens, présentait à la Société médicale de Picardie un utérus enlevé par hystérectomie abdominale sub-totale avec son contenu : fœtus et placenta.

Il s'agissait d'une femme enceinte de 7 mois 1/2 environ ayant une atrésie cicatricielle du vagin telle que l'accouchement était impossible par les voies naturelles. Le travail étant commencé et les douleurs profondes, la laparatomie était la seule ressource. Le résultat de l'intervention fut excellent malgré la mort et la macération du fœtus, malgré la septicité et la fétidité du contenu de l'utérus. Quatre semaines après l'opération la malade complètement guérie quittait le service hospitalier.

J'avais examiné cette femme et pris son observation. Je cherchai alors dans la littérature médicale les travaux publiés au sujet des atrésies cicatricielles du

vagin : peu nombreuses sont les observations d'atrésies vaginales totales ou presque totales, de cette nature, ayant nécessité la laparatomie.

Dans le tome III du traité d'accouchement des professeurs Tarnier et Budin nous trouvons signalées 17 opérations césariennes et 11 opérations de Porro pratiquées pour sténose vaginale acquise, et cette conclusion : « Il me semble donc que l'opération césarienne suivie de l'ablatation de l'utérus et de ses annexes d'après la méthode de Porro est préférable dans les cas qui nous occupent à la section césarienne conservatrice. Il convient toutefois de réserver tout jugement définitif à cet égard vu la différence des conditions dans lesquelles les malades ont été opérées. »

M. Calbat dans sa thèse sur les malformations accidentelles ou acquises du vagin au point de vue obstétrical, dit : « Les indications de l'opération césarienne ou de l'opération de Porro ne peuvent être nettement posées... mais avant de conclure il nous reste à dire quelques mots au sujet d'une opération qu'on tend de plus en plus, aujourd'hui, à substituer à l'opération de Porro : nous voulons parler de l'hystérectomie abdominale totale. A notre grand regret, nous n'avons pas pu trouver une seule observation dans laquelle cette opération a été pratiquée pour les malformations accidentelles ou acquises du vagin, faisant obstacle à l'accouchement, ce qui nous aurait permis de tirer quelques conclusions relatives à sa valeur et à ses indications... »

En mars 1901, M. Brindeau, dans l'obstétrique, préconise l'opération de Porro ; en mai 1901, M. Huchon discutant dans sa thèse la valeur réciproque de l'opération césarienne, du Porro et de l'hystérectomie abdominale totale pratiquées pour élytrostenie vaginale cicatricielle déclare avec M. Pozzi « que la vérité ne réside pas dans une proscription absolue de l'une ou l'autre méthode, mais qu'elle est plutôt dans un choix raisonné selon les cas déterminés.

Jusqu'alors donc et malgré la tendance des auteurs à conseiller plus particulièrement le Porro, la ligne de conduite à tenir n'est point encore tracée d'une façon absolument définitive, et l'accoucheur appelé auprès d'une parturiente atteinte d'atrésie cicatricielle du vagin grave, peut encore se demander avec anxiété : dois-je pratiquer l'opération césarienne, l'opération de Porro ou même une embryotomie ?

Plusieurs cas nouveaux de dystocie par sténose vaginale cicatricielle s'étant présentés, les résultats furent excellents, grâce à l'opération de Porro et à l'hystérectomie abdominale sub-totale après section césarienne.

C'est pourquoi nous prenons comme sujet de thèse la dystocie par atrésie cicatricielle du vagin.

Nous estimons qu'en présence de ces cas si graves le médecin, aujourd'hui n'a plus à hésiter ; il n'est plus question de sauver la mère en sacrifiant le fœtus ou de sauver l'enfant moyennant la mort probable de la mère ; il faut les sauver tous les deux.

Les espérances fondées en l'opération de Porro, qui sera maintenant remplacée par l'hystérectomie abdo-

minale sub-totale, se réalisent ; appliquons par conséquent la méthode qui conduit au succès. Cette intervention donne seule, d'une façon presque certaine, des résultats favorables, c'est donc à elle que nous aurons recours dans les cas de dystocie grave.

Mais avant de commencer notre modeste travail notre premier soin doit être de témoigner notre vive gratitude à tous nos maîtres et particulièrement à ceux dont nous eûmes l'honneur d'être à l'Hôtel-Dieu d'Amiens l'interne ou l'élève ; je veux dire : MM. Moulonguet, Bax, Dhourdin, Peugniez; Fournier.

Nous aimons à nous souvenir de nos matinées d'hôpital, des longues causeries au lit des malades, de ces doctes leçons de chaque minute si fertiles pour nous en enseignements. Nous ne regrettons qu'une chose, c'est de n'avoir pas mieux su profiter de ces conseils si éclairés ; et ce n'est pas sans une vive émotion que nous tenons à affirmer à ces maîtres si dévoués, avec notre respect et notre admiration, l'assurance de notre vive reconnaissance.

Nous ne saurions oublier notre professeur M. le docteur Bax. Non seulement pendant nos deux années d'internat dans son service de clinique médicale, il nous entoura de la plus vive sollicitude, mais encore dans des circonstances pénibles il a bien voulu nous faire bénéficier de sa grande science clinique et de la sûreté de son diagnostic. Puisse-t-il toujours voir en nous son élève reconnaissant et dévoué.

Merci à M. le docteur Fournier, qui dans la rédac-

tion de notre thèse ne nous a épargné ni ses avis judicieux ni ses sages conseils.

Nous garderons de notre maître un souvenir inoubliable.

Nous offrons enfin notre travail à nos bien chers Parents, à Maître Lalliez et Mademoiselle Lalliez, ces vénérés amis qui nous sont également chers. Nous espérons qu'ils sauront regarder d'un œil favorable notre modeste attention et croiront toujours en nos vifs sentiments d'affection et de reconnaissance.

DE L'ATRÉSIE CICATRICIELLE DU VAGIN

Le mot atrésie (de α privatif τρησις trou) signifie occlusion des ouvertures naturelles, que cette occlusion soit congénitale ou acquise.

Les atrésies cicatricielles du vagin sont des vices de conformation du conduit vaginal, accidentels, acquis, bénins ou redoutables suivant leur nature, leur importance, leur siège, susceptibles de retarder simplement le travail de l'accouchement, mais aussi capables d'empêcher l'expulsion naturelle du fœtus.

Ces atrésies, suivant les cas, déforment le vagin, détruisent sa constitution anatomique, le privent de ses fonctions physiologiques, obturent sa lumière, pervertissent la direction de son axe, en un mot, transforment ce canal en un conduit impropre au passage du fœtus au moment du travail.

Ces lésions sont toujours le résultat des affections irritatives ou inflammatoires des parois vaginales, elles sont aussi le résultat, disent MM. Cazeaux et

Tarnier, de plaies, d'ulcérations dont on n'a pas suffisamment observé la cicatrisation.

En voici du reste l'étiologie :

Tantôt l'atrésie est consécutive aux inflammations du vagin, compliquées ou non de suppuration, de gangrène, de sphacèle des parois, apparues pendant ou après une fièvre éruptive : Rougeole, scarlatine, variole, typhoïde . ., etc. (voir l'observation de Schauta).

Tantôt les parois vaginales s'accolent, s'unissent étroitement lors de la cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses de la vulve ou du vagin (esthiomène) ou d'ulcérations syphilitiques. (Spiegilbert, atrésie cicatricielle du vagin dans un cas de syphilis 1882.)

Tantôt l'occlusion du conduit est la conséquence de la vaginite ulcéreuse de M. Bar, d'une vaginite simple, d'une vaginite gonoccocique passées à l'état chronique. Je prends dans la thèse de M. Huchon, Paris 1901, cette observation de M. Bar :

Le 21 avril 1894 entre dans mon service une femme de 35 ans qui pendant douze ans avait eu des rechutes de blennorrhagie et de cystite. Une foule de traitements ont été faits. Elle eut de l'atrésie du vagin et par le toucher on ne trouve plus à ce canal sa souplesse ordinaire. Cette femme est en travail et à terme. La dilatation est complète au bout de 36 heures. Enfant volumineux en O. I. G. P. La tête ne descend pas, on fait un forceps. Les parois vaginales sont appliquées sur la tête de l'enfant. Rotation pénible. A ce

moment un peu de sang s'écoule en avant de la tête et au moment de l'extraction un caillot est expulsé en avant du cou. Après le dégagement du tronc et la délivrance, je constate une déchirure de trois centimètres de long, allant du cul-de-sac postérieur gauche à la partie latérale droite du vagin. Celui-ci était divisé sur toute son épaisseur, et les deux parois de la vessie également. On dut faire une laparatomie. Sutures. Guérison.

L'ouverture dans le vagin d'une collection purulente voisine : abcès, phlegmon, peut être également une cause d'atrésie. Témoin cette femme, dont parle Hubert de Louvain, dans son Traité d'Accouchements. A la suite d'un premier accouchement elle eut un phlegmon intra-pelvien qui s'ouvrit dans le vagin; résultat : formation de brides cicatricielles qui durent être sectionnées au terme d'une seconde grossesse.

Je n'oublie pas les atrésies consécutives aux infections puerpérales.

Dans d'autres cas les causes de l'occlusion vaginale sont différentes, ce sont : les contusions de la région vaginale (Tuffier) ; les traumatismes par introduction de corps étrangers dans le vagin, (pessaires) ; les rapprochements sexuels trop fréquents, surtout lorsque le vagin n'est pas habitué à sa nouvelle fonction, chez des femmes nouvellement mariées par exemple, ou encore le coït pratiqué avec un organe disproportionné, d'où résultent vaginite, vulvo-vaginite consécutives, chute de l'épithélium et soudure des parois dénudées ; les injections d'eau bouillante, de liquides caustiques

pratiquées dans un but criminel ou thérapeutique. Voici le résumé d'un cas observé à la clinique de Munich 1892 et relaté dans l'atlas manuel d'obstétrique de MM. O. Schaeffer, J. Potocki : une femme pour se faire avorter prend une injection vaginale avec de l'acide nitrique. Quelques jours avant l'accouchement ouverture au bistouri, puis crâniotomie. Il y avait ici une sténose cicatricielle du col et du vagin.

Dans le Dauphiné médical 1891, on lit cette observation de Gallois : Le 14 octobre 1891, la nommée Rose X... entre à la Maternité. En travail depuis le 11 à minuit, les douleurs ont sensiblement diminué depuis la veille et les contractions utérines sont à peu près nulles à l'entrée.

Antécédents : 16 mois avant, accouchement à terme normal ; deux points de suture pour déchirure de la commissure postérieure. Elle a été réglée cinq fois depuis. Examen le 14 octobre : Taille 1 m. 51, squelette normal, vulve normale. Palper : ventre moyennement développé, tête engagée à gauche. Ausculation : bruits de cœur normaux, à gauche au dessous de l'ombilic. Toucher : à cinq centimètres de la vulve, le droit est arrêté par un cul-de sac ; il n'y a pas trace de col, on sent vaguement la tête à travers une cloison épaisse. Au speculum on voit une petite cicatrice, triangulaire, dure, inextensible avec des cordons rayonnant autour. Le traitement consiste en débridements suivis d'une application de forceps. L'enfant fut amené vivant, il pesait 2680 grammes. Les suites des couches furent normales. La malade quitta l'hô-

pital le 28 octobre sans exagération de la sténose vaginale. Il existait dans le vagin une ouverture de trois centimètres de diamètre par où l'on parvenait sur un col déchiqueté, cicatrisé et adhérent au vagin. La cause de ces lésions étaient des injections vaginales d'ammoniaque au début de la grossesse.

Les accouchements trop lents déterminent souvent l'irritation, le sphacèle des parois vaginales, et bientôt après la sténose du conduit apparaît.

Le journal de chirurgie de Malgaigne 1845 rapporte cette observation de Manuel Muro y Arrivillaga : à la suite d'un accouchement fort laborieux, une femme eut une inflammation des organes génitaux et un écoulement qui dura six mois. Lors du second accouchement le docteur Muro dut intervenir : dissection d'un conduit haut de 0,02 centimètres, large de 0,03 centimètres, puis embryotomie.

Ce sont encore les interventions pratiquées au cours de l'accouchement ; application de forceps, de crochets, céphalotripsie, etc. Lire à ce sujet l'observation de Cazeaux citée plus loin.

Ce sont enfin les interventions chirurgicales plus ou moins osées ou malheureuses qui laissent derrière elles ces tares pathologiques si redoutables au moment de l'expulsion du fœtus. MM. O. Schaeffer et Potocki ont ouvert cette parenthèse dans leur manuel d'obstétrique : « Mais les opérations pratiquées sur le col de l'utérus ou le périnée n'occasionnent ultérieurement de la dystocie que si elles ont été mal conduites ou si elles n'ont pas été suivies de réunion par première intention. »

Nous ajoutons que l'atrésie cicatricielle est parfois consécutive aux interventions pratiquées dans le cas d'atrésie congénitale, par rétrécissement ultérieur, obstacle membraneux ou oblitération fibreuse.

On trouve dans la *Gazette Médicale* (avril 1837) l'observation d'un cas de dystocie par une cicatrice survenue à la suite d'une opération d'épisiorraphie. Auguste Bérard, dans le dictionnaire en trente volumes, raconte qu'après une périnéorraphie la vulve fut si rétrécie que les rapports sexuels devinrent impossibles.

Disons pour terminer cette étude étiologique que les atrésies cicatricielles peuvent résulter de pratiques traditionnelles chez certains peuples. Ainsi en Abyssinie peu de jours après la naissance des enfants femelles on pratique l'atrésie vaginale ou vulvaire par avivement et rapprochement des grandes lèvres et on ne détruit la cicatrice que le jour du mariage.

Tantôt légère, tantôt très prononcée, la sténose cicatricielle du vagin varie d'importance, de siège, d'aspect suivant chacun des sujets observés. Le tissu de néoformation s'étend sur toute l'étendue du canal, l'obture complètement, le détruit, le réduit même à l'état de cordon fibreux, on n'intéresse qu'un point quelconque de la paroi vaginale.

Le doigt explorateur pratiquant le toucher vaginal, *si potest*, rencontre un simple anneau cicatriciel, dur, rigide ; ici la pulpe digitale glisse sur une plaque rénitente qui tapisse de haut en bas une seule paroi du vagin ; là on rencontre une masse sans forme bien nette, ressemblant presque à une tumeur fibromateuse ;

enfin on peut trouver une série de petites tumeurs calleuses, irréductibles.

Ces lésions affectent indifféremment la moitié inférieure du vagin intéressant parfois la vulve, agglutinant, accolant les unes aux autres grandes et petites lèvres, ou bien la moitié supérieure du canal, sans épargner la portion vaginale du col de l'utérus ; dans ces cas le fonds du vagin est occupé totalement par le tissu de réparation, on ne voit, on ne sent plus ni col utérin, ni culs-de-sac vaginaux. Leur siège dépend essentiellement de l'agent vulnérant et du point traumatisé.

Les tares cicatricielles qui encombrent le vagin se présentent encore sous forme de brides, de cloisons qui divisent ce conduit en deux loges, Les brides sont horizontales ou transversales, leur direction varie à l'infini. Résistantes, cartilagineuses, inextensibles, grosses comme une plume d'oie (Observation de Cazeaux, 1877) ou d'un volume beaucoup plus petit, elles unissent les deux parois vaginales opposées ; partent, par exemple, de l'orifice vulvaire et après avoir réuni les grandes et petites lèvres vont rigides et tendues comme de véritables cordages s'insérer dans la région profonde du vagin qui confine à l'utérus, ou sur le col même de l'organe gestateur.

L'examen de l'organe atrésié nous fait encore connaître les cloisons verticales ou transversales qui se continuent parfois dans la presque totalité du conduit le divisant ainsi en deux compartiments bien distincts ; véritables travées antérieures ou postérieures d'où s'écoulent parfois au dehors à travers un petit

pertuis, mucus vaginal et urine provenant d'une fistule vésico-vaginale consécutive à un premier accouchement (Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris 1903, observation de M. le docteur Fournier, professeur à l'école de médecine d'Amiens).

En résumé, toutes ces lésions que nous venons d'étudier rapidement, qu'elles soient ou non compliquées de fistules vésico ou recto-vaginales, ce qui rend le pronostic plus grave, concourent au même résultat: elles font du vagin un canal déformé, étroit, rigide, incapable de se dilater suffisamment, et qui présente à la partie fœtale descendante au moment du travail une série d'obstacles contre lesquels elle viendra mourir après les angoisses et les souffrances d'une lutte infructueuse.

DU DIAGNOSTIC

La mauvaise conformation du bassin, dit Baudelocque, n'est pas la seule cause qui puisse rendre l'accouchement impossible par la voie naturelle et qui doive déterminer à recourir à l'opération césarienne, certaines affections des parties molles. . et en particulier les conformations vicieuses des parties génitales externes, de naissance ou accidentelles peuvent exiger le même secours.

Dans ce chapitre nous indiquerons les différents signes qui permettent de poser le diagnostic d'atrésie cicatricielle du vagin et nous nous efforcerons de différencier cette dernière de certains phénomènes, de certaines lésions pathologiques qui, par leur situation, leur consistance, leur forme et les incidents auxquels ils donnent lieu au moment de l'accouchement peuvent simuler plus ou moins l'atrésie acquise.

Lors de l'expulsion du fœtus, pendant les contractions utérines on voit la tête s'appuyer sur le plancher périnéal et la vulve s'entrouvrir, puis la tête rétrocède :

à une nouvelle contraction la tête entrouve de nouveau la vulve, se retire et ainsi de suite pendant un temps assez long. Cette période fut appelée « période de désespoir » à chaque instant en effet la vulve s'entrouvrant on peut croire que l'expulsion va avoir lieu, mais la tête s'arrête et bientôt recule . . . . Cette période de désespoir due normalement à la résistance du périnée pour Charpentier, à la résistence de l'hymen pour M. le professeur Budin, à celle du coccyx pour M. Varnier, à la distension du canal membraneux pour Tarnier, a une durée moyenne de une heure, une heure et demie parfois deux heures, moins souvent davantage. Quand cette période se prolonge d'une façon anormale, surtout chez une multipare, quand les efforts de la parturiente restent utiles et que la partie fœtale engagée s'arrête tout à coup dans sa marche descendante pour rester définitivement immobile, l'accoucheur doit penser aux obstacles de l'atrésie du vagin et dans les cas qui nous occupent à l'atrésie cicatricielle. Il en est de même lorsque, malgré le temps écoulé, malgré les efforts et les douleurs de la femme, en l'absence de pelviciation et de présentation vicieuse, la partie fœtale reste élevée dans le détroit supérieur, incapable de s'engager dans la filière pelvienne par suite de l'obstacle rencontré.

Le diagnostic de la présentation du fœtus posé, grâce à la palpation abdominale et à l'auscultation, on examine les parties génitales externes ; *et cet examen de visu*, nous fait connaître les tares cicairicielles déformant l'orifice externe du vagin et le pourtout de

la vulve, cas rares d'après MM. Duplay et Reclus, et la naissance des brides ou des cloisons qui sillonnent le vagin en tous sens, on peut faciliter cet examen en écartant avec les doigts les grandes et petites lèvres.

Le toucher vaginal, lorsqu'il est possible de le faire. nous indique la nature, le siège, la forme, l'étendue de l'obstacle qui entrave la terminaison de l'accouchement. Ce qui frappe tout d'abord quand on introduit le doigt dans le vagin c'est la brièveté du conduit.

Parfois la pulpe digitale rencontre un anneau dur et résistant contre lequel vient s'arrêter la tête du fœtus ; parfois elle rencontre une ou plusieurs masses rénitantes, irréductibles, indolores, barrière infranchissable pour la partie fœtale qui se trouve en arrière d'elle. Ces tumeurs se localisent le plus souvent à la partie profonde du vagin, néanmoins on peut en voir sur tous les points du canal vaginal ; les tissus voisins paraissent de consistance normale, mais l'expérience apprend qu'ils sont susceptibles de se déchirer très facilement. Le volume de ces masses est plus ou moins important, dans certains cas le vagin est tellement atrésié que l'on s'étonne de la possibilité de la pénétration de l'organe fécondant à travers un espace si restreint.

Parfois le doigt explorateur rencontre une ou plusieurs brides rigides, parcheminées de grosseur variable. Le fœtus se trouve arrêté pas ces brides inextensibles et ne pourrait être expulsé sans le secours actif de l'accoucheur. Dans une observation de Cazeaux, la tête était arrêtée par une bride cicatricielle grosse comme

une plume d'oie ; plusieurs applications de forceps furent nécessaires pour l'extraction du fœtus.

Enfin le doigt s'arrête sur de véritables cloisons qui divisent le vagin en plusieurs loges, ou sur des travées épaisses, d'où s'échappent parfois plus ou moins vite à travers un petit pertuis, l'urine ou les matières fécales, exsudats d'une fistule vésico ou recto vaginale. Dans ces cas, lorsque cet examen est possible, l'index peut découvrir dans le vagin le bec de la sonde ou de l'explorateur introduits préalablement par les orifices naturels de la vessie où du rectum.

Par le toucher on constate encore que les parois vaginales sont anfractueuses, irrégulières, fibreuses résistant à la pression ; on reconnaît la partie fœtale qui se présente. sa position et le degré de ramollissement et de dilatation du col de l'utérus.

Quand le toucher vaginal est impraticable à cause d'une sténose trop prononcée par suite de la soudure intime de la vessie et du rectum, ou bien à cause de l'hypéresthésie vulvo-vaginale symptomatique de la présence des brides cicatricielles, quand les indications fournies par le doigt explorateur sont insuffisantes, *il ne faut jamais négliger de pratiquer le toucher rectal*, associé ou non au cathétérisme de la vessie. Cet examen, en effet, donne des renseignements précieux sur l'épaisseur des lésions cicatricielles, sur l'état du col, la présentation et l'engagement du fœtus. Observation de M. Huchon, thèse de Paris 1901.

Enfin, lorsque le vagin est perméable sans toutefois permettre l'introduction du doigt, un dernier procédé

d'examen consiste en *l'exploration prudente du conduit à l'aide d'instruments de petit calibre*, hystéromètre par exemple. On parvient ainsi à se renseigner sur la forme du canal vaginal, sa direction, et l'importance des tissus de néoformation.

L'examen au speculum, quand il sera possible, donnera des renseignements très précis sur l'état pathologique du canal vaginal et nous permettra de voir la disposition, la forme, la nature, le siège, le nombre des obstacles à l'expulsion du fœtus.

Comment peut-on distinguer les atrésies cicatricielles des atrésies congénitales? Ces dernières, vices de conformation résultant d'un arrêt de développement, se manifestent généralement dès la période d'apparition des premières règles par les accidents auxquels elle donnent lieu : je veux dire les accidents causés par la rétention des produits de sécrétion ou d'excrétion des parties vaginrles situées en amont de l'obstacle.

a) Rétention de mucus ou de débris épithéliaux.

b) Rétention du sang menstruel dans le vagin. hématocolpos ; dans l'utérus, hématométrie ; dans les trompes, hématosalpinx.

c) Rétention purulente consécutive à une ponction malpropre des parties atrésiées, ou encore plus rarement par altération suppurative de la masse de sang collectée et de cause inconnue. Pyocolpos, pyométrie plus rare.

d) Par la formation de poches sanguines et purulentes dans les parois du vagin.

Dans d'autres cas, les phénomènes de la puberté se produisent sans incidents et les altérations congénitales jusqu'alors ignorées se révèlent au moment des premiers rapports sexuels, ou le plus souvent à l'occasion d'une première grossesse par les difficultés qu'elles présentent à l'expulsion du fœtus.

Les atrésies cicatricielles se manifestent d'une façon toute différente. Le médecin est surpris d'être appelé auprès d'une femme dont les accouchements antérieurs ont été normaux ; il interroge la parturiente et apprend l'étiologie des lésions qu'il observe : fièvre éruptive, accouchement laborieux, intervention gynécologique. Les accidents dus à la rétention du mucus ou du sang menstruel sont très rares dans les atrésies cicatricielles, parce que l'union des lèvres de la plaie n'est jamais bien complète, soit à cause du passage de l'urine avant le complément de la cicatrisation, soit à cause du passage du flux menstruel, soit à cause de la marche et des exercices quotidiens auxquels se livre le sujet.

La forme, le volume ou la direction des brides rencontrées par le doigt explorateur ne peuvent point facilement, par eux seuls, faire connaître leur origine cicatricielle ou acquise ; cependant l'hyperesthésie vulvo vaginale signalée plus haut, parfois si accusée qu'elle rend l'examen atrocement douloureux et même, dans certains cas, impossible, est un bon signe en faveur de l'existence de brides cicatricielles. Dans la plupart des cas, ces dernières sont plus dures, plus consistantes, plus rigides, et laissent à la pulpe digitale une sensa-

tion plus parcheminée. Il est dit dans la thèse de Lyon que lorsque la bride est congénitale, elle est ordinairement unique, lisse, régulière et circulaire ; les caractères contraires appartiendraient aux néoformations d'origine différente.

Enfin, suivant certains auteurs, les obstacles produits par l'atrésie congénitale sont plus souvent que ceux produits par l'atrésie accidentelle, surmontés par les seuls efforts de la nature, et n'occasionnent guère de dystocie notable.

Il faut cependant avouer, avec M. le professeur Budin, que dans certains cas, en l'absence de tout commémoratif, on hésite sur l'origine de la sténose et on ne peut pas établir nettement le diagnostic différentiel.

Il faut éviter de poser le diagnostic de cloison cicatricielle du vagin lorsqu'on se trouve en présence d'un *hymen qui résiste* et se tend sous les poussées de la partie fœtale engagée ; il suffit d'écarter avec les doigts les parties génitales externes pour voir et toucher l'anneau hyménéal tendu sur la tête et plus ou moins rigide.

On ne saurait confondre la sténose acquise du vagin avec la *contraction spasmodique du constricteur vaginal et des muscles releveurs de l'anus.*

On sent dans ces cas un anneau musculaire saillant, épais, qui enserre le vagin comme un véritable cercle; quand les faisceaux ischio-coccygiens sont seuls contracturés, la paroi vaginale postérieure est comme soulevée par une sangle et appliquée contre la paroi

antérieure (Sims). L'examen pratiqué sous l'anesthésie chloroformique lèverait d'ailleurs tous les doutes.

Personne ne confondra l'élytrosténie cicatricielle avec *la simple étroitesse du vagin* qui ne présente pas de tare pathologique.

Pour éviter toute erreur fâcheuse de diagnostic, nous rappellerons encore que l'état cachectique de la malade, que sa teinte jaune paille, que l'ichor fétide qui s'écoule du vagin, que les bourgeonnements fongueux rencontrés par le doigt explorateur ou vus à l'aide du speculum, que les hémorragies habituellement fréquentes ne permettent pas de prendre pour un rétrécissement cicatriciel du vagin, *un rétrécissement cancéreux* du canal vaginal consécutif à un épithéliome utérin.

Pour terminer ce chapitre, nous empruntons à M. Brindeau (obstétrique, mars 1901) quelques notes au sujet du diagnostic de l'atrésie acquise du vagin.

« L'erreur la plus commune consiste à prendre le segment inférieur du vagin pour le vagin tout entier et le rétrécissement pour le col utérin en voie de dilatation. Mais la brièveté du conduit, l'absence de culs-de-sac qui fait que le vagin a la forme d'un entonnoir à sommet supérieur, mettront facilement sur la voie du diagnostic. Ajoutons en outre que le col utérin ne présente pas généralement cette dureté cicatricielle qui s'observe au niveau de l'atrésie.

Quand la dilatation est complète et que la tête vient appuyer sur la toison cicatricielle, on peut prendre cette cloison pour le cuir chevelu de l'enfant. Pour

éviter ce genre d'erreur, il suffit de toucher attentivement sur tout le pourtour de l'excavation et l'on voit facilement que la cloison vient s'insérer latéralement sur les parois vaginales, tandis que la tête fœtale est absolument libre dans l'excavation, et qu'on peut remonter aussi loin que l'on veut sans être arrêté par un repli dépendant du vagin. Enfin dans l'intervalle des contractions, pourvu que l'on soit suffisamment exercé au toucher, on se rend bien compte que la partie fœtale est séparée du doigt par une membrane plus ou moins rugueuse et irrégulière sur laquelle la tête peut glisser.

Il est enfin possible de prendre le segment inférieur de l'utérus pour une occlusion du vagin. C'est particulièrement dans les cas de déviation du col que cette erreur est à craindre.

Le col étant situé très loin en arrière on ne peut l'explorer facilement surtout quand il est effacé. On songe alors soit à l'oblitération du col, soit à une occlusion du vagin. Mais en cherchant loin en arrière et en haut, on finit par trouver un petit orifice, qui est l'orifice utérin en voie de dilatation. En outre, un cloisonnement acquis du vagin n'a jamais la souplesse, ni la régularité d'un segment inférieur fortement distendu.

INFLUENCE DE L'ATRÉSIE CICATRICIELLE DU VAGIN SUR L'ACCOUCHEMENT

Les atrésies cicatricielles du vagin sont redoutables au terme de la grossesse par les nombreuses difficultés qu'elles opposent à l'expulsion du fœtus, par les accidents nombreux dont elles menacent la mère au moment du travail et par les dangers qui compromettent même la vie du fœtus.

Le travail de l'accouchement est entravé par les lésions acquises du vagin ; en effet les altérations des parois vaginales empêchent trop souvent le ramollissement physiologique et la dilation du conduit nécessaires à la descente du fœtus, car le tissu néoformé ne se laisse pas toujours envahir par les modifications habituelles que subissent les tissus normaux vers la fin de la grossesse. Ces altérations des parois s'accompagnent souvent de la rigidité pathologique du col de l'utérus ; cette dernière cause de dystocie manque-t-elle : la marche de la dilatation entravée par

l'atrésie du vagin peut donner naissance à la rigidité spasmodique du col. *Donc ramollissement et dilatation insuffisants, rigidité possible du col de l'utérus.*

Par suite des difficultés opposées à la terminaison de l'accouchement, les contractions utérines s'exagèrent, la matrice lutte énergiquement contre l'obstacle, mais la résistance étant invincible l'organe se fatigue, ses efforts sont de plus en plus espacés, deviennent de moins en moins puissants et bientôt l'utérus reste inactif : *ralèntissement et insuffisance des contractions utérines.*

Parfois au contraire l'organe gestateur excité par la résistance opposée par la barrière cicatricielle emploie une telle énergie, rapproche à tel point ses contractions, qu'à la fin il reste dans un état de contracture permanente ; *contracture généralisée de l'utérus.*
maternel.

Enfin, et tous les accoucheurs le savent, la *rupture complète ou incomplète de l'utérus* avec toutes ses conséquences si graves pour la mère et pour le fœtus, est souvent le résultat du surmenage forcé de l'organe

Pour certains auteurs la contraction utérine ne pouvant pas triompher de l'obstacle qui s'oppose à la progression du fœtus, finit par avoir raison de la paroi utérine qui cède et se rompt brusquement.

Voici maintenant comment Cazeaux explique cet accident : l'utérus vide de liquide amniotique est en contact direct avec le fœtus pelotonné sur lui-même et offrant des saillies et des anfractuosités nombreuses

qui rendent inégale la résistance de la matrice en ses différents points. L'équilibre des forces est donc rompue. Au moment des contractions les parties non-comprimées, par conséquent peu épaisses, se contractent avec plus d'énergie et de force. elles tiraillent les parties voisines déjà surdistendues, celles-ci s'amincissent davantage et finissent par se rompre.

Dans le traité d'accouchement de MM. Tarnier et Budin nous trouvons cette autre explication : Pendant le travail, le segment inférieur réuni au col effacé et dilaté forme un canal à parois minces, dit canal de Braune. Or le corps de l'utérus se contracte énergiquement sans résultat, les parois du canal de Braune au contraire sont comprimées entre la partie fœtale qui ne progresse plus et les parois du bassin. Donc élongation et distension considérable du canal, amincissement tel que finalement la pression en occasionne la déchirure.

La rupture de l'utérus peut se produire même quelques jours après l'accouchement. On lit dans la thèse de M. Calbat l'observation que Brossard a rapportée dans sa thèse à ce sujet et qu'il a recueillie dans le service de M. Porak à Lariboisière. « Il s'agit d'une femme ayant un léger rétrécissement du bassin, qui eut un travail très long et fut accouchée au forceps. Tout alla bien jusqu'au quatrième jour, quand la malade en faisant un mouvement dans son lit pour prendre son enfant ressentit tout à coup une violente douleur et présenta en peu de temps les symptômes les plus graves. Diagnostic : déchirure de l'utérus à

l'union du col et du corps, au point correspondant au promontoire. »

La déchirure du vagin, sa rupture ; les déchirures du périnée, la déchirure centrale sont également possibles. La têtefœtale, dit M. le professeur Budin, appuie sur l'anneau cicatriciel qui ne cède pas, c'est la paroi vaginale postérieure qui se rompt au dessous de lui. La tête franchit alors la rupture vaginale et vient perforer le centre du périnée...

Je n'insiste pas sur les accidents graves qui peuvent résulter de la rupture spontanée des brides cicatricielles.

Des hémorrhagies abondantes et même redoutables sont également susceptibles de se produire dans les cas d'atrésie cicatricielle du vagin. Sous l'influence des violents efforts d'expulsion, les varices génitales surdistendues par l'afflux sanguin, dilatées outre mesure par une pression trop forte, se rompent et des écoulements de sang parfois considérables viennent plonger l'entourage de la parturiente dans la plus vive anxiété.

La production de thrombus de la vulve et du vagin causée par la distension prolongée des vaisseaux sanguins à la suite du ralentissement du travail peut également venir augmenter la gravité du pronostic pour la mère et pour le fœtus.

La persistance et la violence exagérée des contractions utérines amènent parfois *la rupture de la poche des eaux*, et occasionnent l'écoulement du liquide amniotique ; dans ces cas de multiples hémorrhagies ne sont point rares, et en particulier des hémorrhagies dues à

la déchirure du sinus circulaire du placenta. Nous attirons en passant l'attention sur la facilité particulière avec laquelle les femmes s'infectent consécutivement à la rupture prématurée de la poche des eaux.

Nous signalons enfin les hémorrhagies causées par les débridements, les dilacérations trop osés de cicatrices, brides, cloisonnements multiples, profonds et peu accessibles. M. Fournier, d'Amiens, dit dans le bulletin d'obstétrique, Paris 1903 : « lorsque les cicatrices vaginales sont profondes, multiples, peu accessibles, le débridement est à peu près impossible et devient une source d'hémorrhagies graves qu'on ne peut guère arrêter et d'infections consécutives graves. »

Bien d'autres dangers menacent encore la mère au cours du travail exagéré, nous avons dit : *les fractures spontanées du sternum et des côtes*, qui, quoique assez rares sont cependant bien connues ; *l'emphysème sous-cutanée* produite par la rupture de l'un des conduits de l'appareil respiratoire, *les ruptures viscérales, musculaires*, etc...

Les accidents dus à *l'infection puerpérale* sont également à craindre et leur pronostic varie essentiellement suivant leur nature et leur intensité ; ils sont généralement d'autant plus redoutables qu'ils se manifestent plus tôt. Ce sont : l'endométrite puerpérale, la salpingite puerpérale, la péri-métro-salpingite, la péritonite puerpérale généralisée, la pyohémie, la septicémie puerpérale.

Une autre manifestation tardive et atténuée de l'infection puerpérale est la *phlegmatia alba dolens* qui se

déclare habituellement du douzième au vingtième jour après l'accouchement, et dont le pronostic est devenu beaucoup moins grave depuis les progrès de l'antiseptie ; on compte cependant encore à son actif quelques cas de décès.

Dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1857, M. Pinchaud signale l'apparition d'un *phlegmon de la fosse iliaque* consécutif à la section d'une cloison vaginale d'origine acquise.

Enfin la parturiente meurt sans être accouchée, si l'on néglige d'intervenir à temps.

Tels sont, en résumé, les accidents qui, au moment de l'accouchement, menacent la femme atteinte d'atrésie cicatricielle du vagin.

Des dangers multiples menacent également la vie du fœtus :

Ce sont d'abord les *souffrances consécutives à la longueur du travail, à la lenteur de l'expulsion;* souffrances qui se traduisent à l'auscultation tantôt par l'accélération extrême des bruits du cœur, tantôt par leur ralentissement considérable, et qui se terminent fatalement par la mort si l'accoucheur ne délivre pas assez vite le fœtus.

Ce sont encore les dangers consécutifs à cet *état de mort apparente* dans lequel est expulsé l'enfant. Les trois formes d'asphyxie bleue dont parle M. Démelin et qu'il désigne sous les noms : 1° d'asphyxie; 2° de congestion méningée ; 3° d'apoplexie méningée, peuvent être alors diagnostiquées suivant les cas.

Le fœtus peut également naître en *état syncopal* et

dans ces cas malheureusement la mort est trop souvent observée.

Au moment de l'expulsion spontanée l'enfant peut être *étranglé par une bride vaginale*. Voici une observation citée par Tarnier dans le traité d'accouchement de Cazeaux. Au moment de l'expulsion du fœtus la tête passa au-dessus d'une bride, tandis que le tronc se dégageait au-dessous, de sorte que le cou de l'enfant resta appliqué contre la vulve, retenu étranglé par cette brèche. La sage-femme qui assistait à cet accouchement n'osa pas couper cette bride qui était arrondie, d'apparence musculeuse, grosse comme le petit doigt. L'enfant succomba. Vérification faite, il fut constaté que la bride était longitudinale et qu'elle s'insérait par ses deux extrémités sur le vagin.

Les déformations plastiques du crâne fœtal peuvent être encore la conséquence de la dystocie par atrésie cicatricielle du vagin. La compression prolongée subie par la tête au niveau du détroit supérieur produit des modifications dans la forme de la boîte crânienne. Ces déformations disparaissent généralement après la naissance, cependant lorsque le travail a été très prolongé elles persistent parfois bien longtemps.

Le chevauchement et le tassement excessif des os du crâne entraîne encore des désordres du côté des organes encéphaliques : épanchements intra-crâniens, compression intra-crânienne qui se traduit par l'œdème des paupières, et des ecchymoses sous-conjonctivales.

Je rappelle la possibilité des *fractures des os du crâne,* et enfin tous les accidents, dont l'énumération

serait trop longue à faire, dont est passible le fœtus au cours des interventions nécessitées par les dystocies graves.

OBSERVATION I

M. Brunox, in thèse Calbat, in *Loire Médicale*, 15 octobre 1895.

Cloisonnement cicatriciel transversal du vagin. Rupture de l'utérus au niveau du col. Mort de la mère et de l'enfant.

Marie D..., âgée de 27 ans, secundipare, entre à la Maternité le 12 août au soir. Trois ans auparavant elle avait eu un accouchement très difficile qui s'était terminé par des déchirures du vagin et du périnée très longues à guérir. Les renseignements que l'on obtient sur la marche ultérieure de la cicatrisation sont peu précis. Après un long voyage en voiture elle entre mourante à l'hôpital. Elle vomit constamment et avant d'expirer elle a eu un vomissement fécaloïde. On tente vainement de la ranimer.

Un examen rapide donne par le palper abdominal la sensation nette d'un fœtus absolument libre sous la mince paroi. En pratiquant le toucher vaginal, le doigt est arrêté immédiatement après la vulve, normalement conformée, par un septum obstruant la cavité vaginale et bombant du côté extérieur plutôt que formant un cul-de sac concave ; le doigt, en dé-

primant cette cloison ne rencontre qu'un petit orifice situé légèrement à gauche et admettant à peine l'extrémité d'une sonde cannelée A première vue, on pouvait songer à une absence de vagin, à une grosseur extra-utérine ou à une rupture de l'utérus. La pathogénie de ce cas extraordinaire a été bien nettement expliquée par les constatations anatomiques ultérieures. Le fœtus à terme de 3 kil. 750, légèrement macéré, était logé en entier dans la cavité abdominale, mais non renfermé dans un sac. Le placenta était lui aussi tout entier logé au niveau de l'ovaire gauche, mais sans adhérences. L'utérus, de la grosseur d'un poing d'adulte, remontait à trois travers de doigt environ au-dessus du pubis mais aucune solution de continuité n'apparaissait à sa surface.

Autopsie. — On constate que la malade a été emportée par une péritonite suraiguë. La cloison cicatricielle, qui obstruait le vagin, et s'était amincie sous l'influence des contractions utérines, avait à peine un demi-centimètre d'épaisseur ; elle était constituée par du tissu à fibres blanches, tissu souple et nouveau des cicatrices ordinaires ; l'orifice situé à gauche était absolument inextensible ; mais en soulevant par la voie abdominale l'utérus qui paraissait absolument intact, il se détacha avec une facilité remarquable et montra alors en arrière et tout à fait au niveau du col la rupture explicative. Le fœtus, normalement engagé et descendu, mais revenu par cette cloison vaginale et cependant poussé par les violentes contractions utérines avait perforé en arrière le col de l'utérus dilaté. La déchirure transversale partait juste au milieu des stries de l'arbre de vie. Elle occupait toute la partie postérieure du col et ne mesurait, après la contraction de la matrice, que trois travers de doigt environ de longueur.

Le fœtus avait été ensuite normalement accouché dans le ventre de sa mère en passant par derrière l'utérus et en venant se loger transversalement au-dessous de lui. Le placenta l'avait suivi. L'utérus s'était ensuite contracté normalement d'où l'explication de ce fait qu'on l'avait trouvé de la grosseur d'un poing.

TRAITEMENT DANS LES CAS DE DYSTOCIE SIMPLE

Baudelocque écrivait dans son *Art des accouchements* à propos des rapports entre les malformations cicatricielles des parties molles et la grossesse : «s'il est facile de saisir les indications que présentent ces différents états relativement à l'accouchement il n'est pas toujours aisé d'y satisfaire ; on peut sans beaucoup de danger pour la mère et sans éprouver de grandes difficultés séparer les grandes lèvres lorsqu'elles sont unies, inciser les cloisons qui se rencontrent quelquefois dans l'intérieur du vagin ou du col de la matrice, couper les brides qui empêchent le canal de se dilater ..... mais comment détruire des duretés et des callosités profondes qui rétrécissent le vagin au point de ne laisser qu'un passage très borné au sang menstruel? Comme il n'est pas possible de saisir toutes les nuances de complications que présentent ces divers états avec assez de précision pour prescrire des règles de conduite dans chacune d'elles... il faut abandonner

ces cas à la sagacité du chirurgien qui les rencontre, cas dans lesquels il doit seul donner des lois.»

Aujourd'hui, grâce à l'antiseptie, grâce aux progrès de la chirurgie, aux perfectionnements des méthodes, il est possible d'établir des règles de conduite qui ne laissent rien au hasard et qui rendent le pronostic de plus en plus favorable et pour la mère et pour le fœtus.

Une femme enceinte se présente à nous atteinte d'atrésie cicatricielle du vagin, que faut-il faire ?

Pour répondre à cette question, nous examinerons successivement trois points différents :

1° La conduite à tenir pendant la période de gestation.

2° La conduite à tenir dans les cas de *dystocie simple*, c'est-à-dire permettant l'expulsion du fœtus à travers le canal génital;

3° La conduite à tenir dans les cas de *dystocie grave* c'est-à-dire ne permettant pas l'expulsion du fœtus par les voies naturelles.

Pendant la période de gestation.

Une seule règle s'impose : c'est de ne jamais interrompre le cours normal de la grossesse.

Dans la crainte des difficultés mécaniques pouvant se présenter au moment de l'expulsion du fœtus à terme, et de leurs conséquences, les accoucheurs Américains conseillent l'avortement quand il y a élytrostenie grave et l'accouchement prématuré dans les cas bénins.

Cazeaux écrit : « Les obstacles par rétrécissement

cicatriciel sont surmontés assez souvent par les seuls efforts de la nature, aussi ne faut-il pas se presser trop en général d'en venir à l'instrument tranchant. Si cependant on jugeait convenable avant l'accouchement d'avoir recours à l'opération pour diviser les parties agglutinées ou pour détruire une cloison ou une adhérence vaginale, il faudrait attendre que les quatre ou cinq premiers mois fussent révolus. A cette époque on aurait moins à craindre en effet que l'influence que l'ébranlement causé par l'opération pourrait avoir sur la marche de la grossesse. ....

Nous estimons que la seule règle à suivre est de s'abstenir de toute intervention pendant la grossesse et de toujours éviter de provoquer un accouchement avant terme. Il faut que la grossesse suive son cours normal quelque soit le dégré du rétrécissement cicatriciel.

« On se contentera d'assurer l'antiseptie du vagin à l'aide d'injections au sublimé.

Si le rétrécissement permet l'introduction d'une sonde, on fera pénétrer l'instrument dans le segment supérieur du vagin pour laver cette cavité qui contient si souvent des sécrétions septiques. La sonde de M. le professeur Budin sera très utile dans ces cas puisqu'elle permet le retour du liquide. » M. Brindeau.

La nature a des ressources inépuisables, il n'est pas rare de voir par suite des modifications apportées par la grossesse aux parois vaginales le tissu cicatriciel se ramollir, se laisser distendre et permettre si non la

sortie spontanée d'un fœtus vivant, du moins son expulsion par une simple application de forceps.

Il ne faut donc jamais intervenir, ce serait bien souvent sacrifier inutilement la vie de l'enfant et exposer également la mère aux dangers si terribles d'une septicémie possible.

Je prends dans la thèse de M. Calbat, Nancy 1899, cette observation : Un médecin d'origine française établi en Amérique ayant consulté un accoucheur de New-York, pour sa femme enceinte de deux mois et atteinte d'un rétrécissement annulaire du vagin, le confrère américain lui conseilla de ne pas attendre la fin de la grossesse et de provoquer sans retard l'avortement. Sur les conseils de M. Guéniot, il n'en fit rien et attendit la fin de la gestation. L'accouchement lui démontra qu'il avait eu raison, tout se passa fort bien, grâce à de petites incisions pratiquées sur l'anneau cicatriciel et une application de forceps. »

Dystocie simple. — Lorsqu'on est appelé auprès d'une femme en travail depuis un certain temps déjà, il faut par un examen approfondi rechercher si l'accouchement est possible ou non par les voies naturelles et ne pas trop attendre de peur de nuire à la mère ou de compromettre la vitalité du fœtus.

Quand on a affaire à des brides cicatricielles, il vaut mieux les inciser au moment de la période d'expulsion et ne pas attendre une rupture spontanée qui même sans provoquer d'accidents graves pourraient occasionner une hémorrhagie au moins gênante.

Voici le procédé à employer : on applique deux pinces hemostathiques sur la bride parallèlement aux parois du vagin et on pratique entre ces deux pinces une section qui aura l'avantage de ne blesser ni le rectum, ni la vessie de la parturiente.

Les cloisons vaginales d'origine cicatricielle présentent presque toujours une ouverture plus ou moins grande à travers laquelle s'écoulent sang menstruel et mucosites vaginales. On introduit dans cet orifice une sonde canelée sur laquelle on dirige le bistouri boutonné qui doit inciser les parties. L'incision cruciale doit être préférée ; on prolonge l'incision le plus bas possible afin de ménager aux lochies un passage libre, et on excise les lambeaux pour éviter que plus tard ils se réunissent.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une agglutination notable des lèvres vaginales, on divise, même à l'aide de ciseaux, les parties accolées et comme dans le cas précédent et pour le même motif on mène l'incision le plus bas possible.

Dans les cas de sténose partielle du vagin par un anneau cicatriciel on peut pratiquer la dilation du conduit à l'aide de cathéters, de sondes, de bougies de volume variable et progressivement croissant.

La dilatation digitale pourra être également tentée : pour le faire on introduit successivement dans le vagin un puis plusieurs doigts en commençant par l'index. Les doigts exécuteront des mouvements spiroïdes pour s'insinuer petit à petit dans la lumière de l'anneau pathologique.

Un autre procédé lorsque le rétrécissement n'est pas très prononcé, consiste à introduire dans le vagin un petit ballon, celui de M. Champetier de Ribes, par exemple, que l'on gonfle avec un liquide aseptique et sur lequel on exerce des tractions. Ce procédé cependant ne donne dans la plupart des cas que des résultats peu favorables, car il ne peut pas être suffisamment exercé à cause des douleurs trop vives éprouvées par la parturiente. Il est souvent utile de pratiquer de petites et prudentes incisions sur le pourtour de l'anneau pour permettre aux méthodes précédentes de donner consécutivement des résultats appréciés.

Quand l'accouchement est arrêté par la présence dans le canal vaginal de masses dures, fibromateuses, sans forme bien nette, tumeurs cicatricielles obturant en partie la lumière du conduit génital et ne permettant pas sa dilatation, il faut avoir recours aux incisions.

Albucasis préconisait autrefois l'usage du bistouri pour sectionner les tissus cicatriciels, finalement l'usage du coït comme moyen de produire la dilatation. Nous n'insisterons pas davantage au sujet de ce mode opératoire.

Il faut donc inciser les tissus avec prudence en prenant grand soin de ne pas blesser le fœtus, ni les organes maternels voisins : vessie, rectum et même péritoine. On aura du reste pris la précaution de vider préalablement la vessie, le rectum et introduire dans la vessie une sonde, dans le rectum un doigt indicateur.

Les incisions longues environ d'un demi-centimètre,

quoique multiples, seront discrètes, elles seront surtout latérales, peu profondes ; elles seront suivies s'il le faut, de l'introduction des doigts dans le vagin, de l'application de bougies ou même d'un ballon de Champetier de Ribes, comme moyen de dilatation.

Nous laisserons volontairement de côté les débridements, le dilacérations manuels des obstacles de nouvelle formation. Ces méthodes ne se pratiquent guère faeilement d'une part, de plus elles exposent la parturiente à de graves accidents. C. Braun a signalé trois fois des cas de fistules vesico-vaginales consécutives à des pratiques de ce genre.

Quand malgré toutes ces tentatives et malgré les efforts de la femme, la partie fœtale engagée reste toujours immobile, il faut précipiter la terminaison de l'accouchement par une application et même par plusieurs applications de forceps. Les résultats obtenus par cette méthode sont variables, mais il est vrai de dire que lorsque la sténose du vagin n'est pas très prononcée la mère et l'enfant bénéficient dans la plupart des cas d'une telle intervention bien conduite.

OBSERVATION II

Kermanner. — *In Obstétrique* 1903.

Il s'agit d'une sténose cicatricielle du vagin consécutive à une opération pour fistule vésico-vaginale. Ici l'anneau s'est laissé distendre lentement pendant le travail et l'accouchement s'est fait spontanément.

OBSERVATION III

In Obstétrique. — Journal d'accouchement et de gynécologie de Saint-Pétersbourg 1896.

Sténose vaginale traumatique post-partum Incisions. Forceps.

Chez une secondipare accouchée à la clinique du professeur Phenomenow de Kazan, on a trouvé un rétrécissement cicatriciel du vagin, provenant des déchirures vaginales du premier accouchement qui d'ailleurs se fit spontanément sans intervention opératoire. Cette sténose était assez notable et le rétrécissement cicatriciel assez résistant pour s'opposer à la progression de la tête, malgré de fortes contractions utérines. On fut obligé de débrider par deux grandes incisions suivies d'une application de forceps.

OBSERVATION IV

Brindeau. — Hôpital de la Pitié. Numéro de l'accouchement 368. - Année 1900. - *In obstétrique.*

Sténose vaginale presque complète. - Accouchement spontané.

Femme de 33 ans ménagère, VII pare, se présente à la Pitié le 7 septembre 1900, au début de son travail. En l'interrogeant on apprend qu'elle a eu déjà 6 enfants. Tous les accouchements se sont faits spontanément, les suites de couches ont toujours été normales (?) Cette femme est d'une parfaite santé, n'a jamais eu de maladie antérieure et nous ne retrouvons dans ses antécédents aucun traumatisme vaginal. Les dernières règles datent du 27 au 31 septembre 1899. La grossesse a été normale sauf une légère perte de sang au 7e mois et une leucorrhée peu abondante.

A son arrivée à la salle de travail, les contractions utérines sont peu fréquentes : la femme a perdu les eaux. Au palper on sent un utérus développé comme celui d'une femme enceinte de 8 mois et demi environ. Présentation du sommet en O I G A. Par le toucher on trouve un vagin très court se terminant en entonnoir sans culs-de-sacs vaginaux. Nulle part on ne rencontre d'orifice utérin. Les parois vaginales sont assez lisses et à travers la cloison oblitérante on sent une tête fœtale qui est assez élevée. Sur cette partie fœtale on trouve un rebord circulaire limitant un espace de la largeur d'une

pièce de deux francs. Cet orifice est formé par le col dilaté. En différents points le doigt rencontre des brides cicatricielles qui rendent l'infundibulum assez irrégulier. La muqueuse vaginale saigne facilement pendant l'exploration. A l'examen, à l'aide de valves, on voit la muqueuse vaginale qui est un peu rouge et irritée, mais en aucun point on ne trouve d'orifie conduisant dans le segment supérieur du vagin. J'examine la malade à neuf heures du soir, les contractions sont assez faibles. la température est normale Je fais désinfecter soigneusement les organes génitaux et je dis de n'examiner la femme qu'en cas de nécessité, pour éviter l'infection.

Etant donnée l'occlusion complète ou paraissant complète du vagin, je pensais devoir intervenir le lendemain matin, et à mon arrivée dans le service, à neuf heures, je trouvai la femme accouchée. La nuit avait été assez calme, puis tout à coup les contractions se réveillèrent vers les huit heures du matin et l'accouchement se fit sans qu'on pût suivre la marche du travail. L'enfant vivant pesait 3.210 grammes. Les suites de couches ont été absolument normales et la femme examinée avant son départ ne présentait plus de rétrécissement vaginal. C'est à peine si en quelques points on pouvait trouver le vestige de la cicatrice ancienne. Ce qui est intéressant dans ce cas, c'est la facilité avec laquelle la femme est accouchée, surtout par ce fait que le rétrécissement paraissait complet. Il existait cependant un orifice puisque la femme avait perdu ses eaux dès le début du travail.

OBSERVATION V

M. Brindeau. *In Obstétrique* 1901.

Bride cicatricielle vaginale. Dystocie Incision.

X .., 23 ans, d'une parfaite santé, entre en travail pour la première fois le 15 janvier 1898. La grossesse est un peu avant terme et les membranes se sont rompues dès les premières douleurs. Dilatation très lente, inertie utérine pour la période d'expulsion, application du forceps. L'opération fut très laborieuse étant données la résistance toute particulière du périnée et la longueur démesurée de la distance qui séparait la fourchette de l'anus. Déchirure du périnée intéressant le sphincter externe, enfant vivant, périnéorrhaphie immédiate. Suites de couches absolument normales. Les fils sont retirés le 10e jour, la suture a très bien tenu.

Deuxième grossesse. Dernières règles le 10 janvier 1899. Cette dame vient me consulter au mois de mars pour savoir si elle est enceinte. Au toucher je trouve une bride vaginale résistante, siégeant à un centimètre et demi au dessus de la commissure postérieure de la vulve, formant un léger croissant à concavité supérieure. Cette bride n'a gêné en rien les rapports sexuels; on peut du reste introduire plusieurs doigts dans le vagin. Premières douleurs le 15 octobre à 8 heures du soir et dilatation complète à 10 heures; on m'envoie chercher à ce moment. J'arrive une demi-heure après et je trouve

la parturiente en période d'expulsion, poussant énergiquement. La bosse séro-sanguine distend la vulve et le périnée bombe fortement. Je pratique le toucher dans l'intervalle d'une contraction et je vois que la tête butte sur la bride. Touchant alors pendant la douleur, je m'aperçois que cette bride inextensible empêche la tête de faire son mouvement de déflexion De plus le périnée bombe fortement, la tête étant poussée directement en bas. Je dilate la bride avec les pouces mis dos à dos pendant que je fais respirer quelques bouffées de chloroforme. Elle cède peu à peu mais n'est pas encore suffisamment distendue pour laisser passer la tête. Les douleurs continuant, je vois le moment où il va se produire une déchirure centrale du périnée, car les parties molles s'amincissent fortement entre la fourchette et l'anus. Je donne un coup de ciseaux sur la bride et à la contraction suivante la tête se dégage facilement. Très légère lésion du périnée, un seul point de suture. Cette dame est examinée un mois après l'accouchement, la bride a disparu et le vagin paraît normal.

OBSERVATION VI

In thèse Calbat, recueillie dans le service du professeur Herrgott.

Rétrécissement cicatriciel très prononcé. Brides vaginales. Dilatation. Incisions. Application de forceps. Mort de la mère.

Maria B..., âgée de 27 ans, secundipare, en travail depuis

24 heures environ, entre le 10 octobre 1898, au soir, à la Maternité de Nancy. Au point de vue de ses antécédents héréditaires et personnels elle ne présente rien de particulier. Lors de son premier accouchement, qui a eu lieu à terme, le travail a été très long et a abouti à la mort de l'enfant.

Malgré une hémorrhagie pendant le post-partum les suites de couches ont été normales.

La grossesse actuelle n'a été marquée que par une leucorrhée peu intense et par un certain écoulement de liquide pendant le dernier mois. Très légère albuminurie.

A l'examen on constate un rétrécissement peu notable du bassin.

Au palper, on sent la tête mobile et ne débordant pas la symphyse ; le dos est à gauche. En pratiquant le toucher le doigt est arrêté à quatre centimètres environ en arrière de l'orifice vaginal, dans une sorte de cul-de-sac, ne présentant, semble-t-il aucun orifice.

Mais au spéculum, on aperçoit, dans le fond de ce cul-de-sac, un orifice presque punctiforme dont le pourtour a une couleur rouge vif. On y fait pénétrer successivement un hystéromètre, une bougie d'Hégar n° 3, puis une autre n° 4, qui passent assez difficilement. On agrandit alors cet orifice à l'aide du doigt auquel on imprime un mouvement de spire.

La troisième phalange de l'index, passée au travers, explore l'arrière cavité, mais le col utérin est inaccessible.

L'étroitesse et la constriction de l'orifice sont telles qu'on est obligé de retirer momentanément l'index. Puis nouvelle dilatation avec l'index, que l'on enfonce plus profondément ce qui permet d'atteindre le col qui paraît effacé et dont l'orifice externe est agglutiné.

Le 17 octobre au matin, M. le professeur Herrgott voit la malade et conseille d'agrandir la dilatation vaginale avec les doigts par le procédé de M. Bonnaire

On parvient également à faire pénétrer un doigt dans le col, mais l'introduction du second doigt est impossible malgré l'usage d'un petit ballon de Champetier de Ribes (100 cm³.), sur lequel on exerce des tractions mais sans résultat.

Le 18 octobre, nouvelles tentatives de dilatation du vagin.

Même état du col. Le professeur Herrgott décide alors de recourir à de petites incisions transversales, à l'aide de grands ciseaux, le ballon étant maintenu en place. Dilatation cervicale immédiate du diamètre d'une pièce de 2 francs. Une troisième incision est pratiquée un peu en avant sur un point du col, qui semble être une bride, mais le travail reste stationnaire.

A 6 heures du soir on fait sans résultat appréciable une application d'un ballon de Champetier de Ribes de 200 cm³.

19 octobre. — Même état. Le soir, rupture de la poche des eaux ; on retire le ballon et on déchire largement les membranes.

Le 20 octobre au matin la dilatation cervicale atteint le diamètre d'une pièce de 5 francs Pendant la journée la dilatation augmente.

Formation d'une bosse sanguine

Le 21 octobre la dilatation est comme une paume de main. On s'aperçoit que l'obstacle à la progression de la tête paraît résider dans une bride vaginale formant diaphragme. Section avec des ciseaux. Puis on pratique une incision avec le bistouri sur deux nouvelles brides nacrées, situées à quelques centimètres de l'entrée du vagin.

Pour terminer l'accouchement, on juge nécessaire de faire

une application de forceps sur la tête située en OIGT. Descente et rotation de la tête facilitée par un aide. Dégagement sans provoquer aucune déchirure.

L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé.

On est obligé de recourir à la délivrance artificielle peu après, par suite d'une hémorrhagie abondante.

Par le toucher on constate que les déchirures du col, amorcées par les sections, se sont arrêtées à l'insertion du vagin.

Suites de couches. — Elles présentent un certain caractère de gravité. Le vagin ainsi que le col sont recouverts de débris sphacélés ; il s'en écoule un liquide sale. La température élevée que présente la malade nécessite l'emploi répété d'injections intra-utérines et d'antithermiques.

Des douleurs siégeant principalement le long du sciatique gauche apparaissent ; on diagnostique une névrite infectieuse.

Le 28 octobre, la malade se plaint d'une douleur dans le flanc droit, son ventre est ballonné, la langue sèche ; des vomissements bilieux et de la constipation surviennent.

Le 29 on constate de la dyspnée, des hallucinations, du délire, et le 30, son état ayant empiré, la malade succombe.

OBSERVATION VII

In traité d'accouchement, de Cazeaux et Tarnier, 1877.

Bride cicatricielle vaginale. — Application de forceps.

Pendant que je remplissais les fonctions de chef de clinique à l Hospice de la Faculté, une jeune femme de trente ans fut apportée à la clinique dans le commencement de janvier 1838. Elle était enceinte pour la deuxième fois et arrivée au terme de sa grossesse. Elle était en travail depuis le vendredi soir, c'était le dimanche matin Elle nous raconta que les membranes s'étaient rompues le samedi à 8 heures du matin, que la tête parut descendre dans l'excavation assez rapidement, mais qu'elle fut arrêtée au passage. L'accoucheur qui donna des soins fit appeler un de ses confrères et tous les deux tentèrent une application de forceps à 2 heures de l'après-midi. A 8 heures du soir, les choses étant dans le même état, ils renouvelèrent l'application de l'instrument qui fut encore infructueuse. Ils attendirent jusqu'au dimanche matin et firent porter la femme à l'hôpital.

Le professeur P. Dubois étant absent j'examinai la femme. La tête plongée dans l'excavation reposait sur le plancher du bassin dont le détroit inférieur nous parut légèrement rétréci. Il existait à la commissure postérieure de la vulve une bride transversale de l'épaisseur d'une grosse plume d'oie, formée par du tissu très dur et comme cartilagineuse (Cette femme nous dit alors que le travail dans son premier accouchement

n'avait pu se terminer que par une application de forceps, qu'il en était résulté une déchirure considérable du périnée). A chaque contraction qui était du reste assez rare et assez faible, la tête du fœtus appuyait fortement contre cette bride, mais celle-ci ne se laissait nullement distendre et pendant 2 heures durant lesquelles nous voulûmes suivre le travail avant de prendre un parti, la tête n'avança pas d'un millimètre. La vulve ne s'entrouvrit pas. La bride était toujours aussi dure, aussi résistante, aussi peu élastique. J'allais pratiquer une incision sur la commissure antérieure du périnée, mais un nouvel examen m'ayant convaincu que le détroit inférieur était légèrement rétréci, que les douleurs étaient très faibles, par conséquent que l'arrêt de la tête pouvait dépendre de ces deux circonstances aussi bien que de la résistance de la bride, je me décidai à tenter une nouvelle application de forceps. La tête était presque en position occipito-pubienne, toutefois l'occiput encore un peu dirigé à gauche ; les branches furent appliquées et articulées sans aucune difficulté ; mais les premières tractions furent complètement infructueuses. Au bout d'un quart d'heure d'efforts je parvins à engager franchement la tête à travers le détroit osseux, la partie postérieure du périnée commençait à bomber, mais la commissure résistait toujours. La pression exercée sur les parties molles réveilla les contractions utérines, la femme à partir de ce moment aida par ses efforts les tractions que je pratiquais. Sous l'influence de ces deux forces réunies, la tête força la vulve à s'entrouvrir, la bride céda peu à peu, se laissa amincir et distendre et après trois quarts d'heure de tractions et de douleurs presque continuelles, la tête franchit enfin la vulve. Le périnée, très bien soutenu par un aide, n'offrit pas la moindre déchirure

OBSERVATION VIII

Guéniot. – *Archives de Tocologie.*

Rétrécissement cicatriciel annulaire. — Incisions. — Forceps. Guérison.

Femme atteinte d'un rétrécissement cicatriciel annulaire du vagin.

La gestation suivit un cours régulier. Le travail commença vendredi dernier, 27 juin à 5 heures du matin. A 9 heures, le col était dilaté de 5 à 6 centimètres et l'anneau cicatriciel avait cédé en proportion. La tête descendit dans le canal, mais à mesure qu'elle avançait, elle repoussait l'anneau sans le franchir. Vers 11 heures elle se trouvait à 5 centimètres de la vulve ; le col utérin complètement dilaté, avait été franchi ; l'anneau résistait toujours. Alors on fit en haut, à droite et à gauche, ainsi qu'en bas, à droite et à gauche, quatre incisions de 5 ^{mm} chacune de façon à pouvoir introduire les cuillers d'un petit forceps. On saisit la tête et l'accouchement se t ermina sans autre difficulté.

OBSERVATION IX (Résumée)

Mlle E.-M. Mesnard. – *In thèse de M. Calbat.*

Bride et anneau cicatriciels. — Grossesse gémellaire. — Application de forceps. Hémorrahgies. — Guérison.

X..., âgée de 21 ans, étant venue consulter l'auteur pour une prétendue grossesse de quatre mois, on diagnostiqua une rétention de règles provoquée par une occlusion du vagin dont on ne put expliquer la production. Il en était résulté une tumeur molle, fluctuante, que l'on ponctionna et sur laquelle on pratiqua de nombreuses incisions. Quinze jours après, la cicatrisation du vagin était complète, mais le doigt ne pouvait plus passer au travers de l'anneau cicatriciel. On essaya alors la dilatation par l'éponge préparée, les tiges de laminaire, et au bout de trois semaines l'anneau cicatriciel permettait le passage de deux doigts.

La femme étant redevenue enceinte on cessa l'introduction des tiges dans la crainte d'un avortement.

Le 23 avril, début du travail à 1 heure du matin; rupture spontanée de la poche des eaux à 2 heures. La dilatation se fait avec une extrême rapidité, elle est complète à 9 heures.

Premières douleurs excessives à 9 h. 1/2. A 11 h. 1/2, malgré les douleurs régulières survenant toutes les trois minutes, la tête ne progresse plus depuis une demi-heure. Il sort du meconium par la vulve. On se décide à faire une

application de forceps. La fourchette est déchirée, malgré deux incisions latérales. Extraction de l'enfant. Double ligature du cordon. Pendant ce temps, abondante hémorrhagie, qui s'explique par une insertion marginale du placenta. A 3 heures 1/2 de l'après-midi, nouvelle application de forceps pour l'extraction d'un deuxième fœtus, qui est très rapide. L'enfant en état d'asphyxie bleue est vite ranimé.

La délivrance assez mouvementée, provoque une abondante et très inquiétante hémorrhagie qui nécessite une sérieuse hémostase. Le sixième jour, la malade était hors de danger.

TRAITEMENT DANS LES CAS DE DYSTOCIE GRAVE

Quelle doit être la conduite de l'accoucheur dans les cas de dystocie grave?

M. Brindeau écrit dans l'*Obstétrique*, mars 1901 :

« Quand le rétrécissement est annulaire ou cylindrique, les difficultés sont beaucoup plus grandes, Il est en effet très difficile de savoir quels sont les rapports exacts des organes voisins (rectum, vessie), par rapport à la cicatrice, et très souvent ces conduits sont englobés dans son épaisseur. On opère ainsi à l'aveugle et il existe de nombreuses observations dans lesquelles on a déchiré la vessie, le rectum ou le col de l'utérus en voulant dilater le rétrécissement.

Il faut cependant avouer que beaucoup d'auteurs ont réussi à se faire un passage vaginal sans léser les organes voisins. Lombard, Muro, Tarnier, Kessler, Boissard, etc. ont publié des cas semblables...

Quand on est sûr que ces organes (vessie, rectum) ne

craignent rien, on peut alors intervenir par la voie vaginale. Si, au contraire, il existe des adhérences vésicales ou rectales avec la cicatrice, si surtout l'atrésie siège très haut, il deviendra dangereux d'opérer par le vagin...

Quand l'occlusion est complète ou presque complète, on est obligé d'opérer à l'aveugle et d'aller à la recherche du col sans être guidé par autre chose que par la moindre épaisseur des parties. Les incisions deviennent alors très dangereuses, surtout quand le rétrécissement siège trop haut, et nous croyons qu'il vaut mieux abandonner la voie vaginale. Le danger des incisions vaginales ne réside pas seulement dans la possibilité de blesser la vessie et le rectum, mais elles s'accompagnent souvent d'hémorrhagies graves. Dans les cas de Spigelberg et Kriez, l'écoulement sanguin a été si abondant que les femmes sont mortes.

Etant données les complications auxquelles peuvent donner lieu les incisions vaginales, il n'est pas étonnant que beaucoup d'auteurs préfèrent terminer l'accouchement par la césarienne... cependant, vu les statistiques. il vaudra mieux avoir recours à l'opération de Porro. »

Nous laisserons de côté les méthodes qui consistent à délivrer la parturiente, grâce au sacrifice du fœtus par la crânotomie, l'embryotomie précédées d'incisions ou de dilatation vaginales. L'antisepsie aujourd'hui nous permet de pratiquer la laparatomie avec moins de crainte, et l'accoucheur n'est plus retenu par cette unique pensée : la mort de la mère consécutive à l'ou-

verture du ventre pour l'extirpation du fœtus. Nous pouvons sauver et la mère et l'enfant.

Schauta déclare que la méthode césarienne est la méthode de choix dans les cas de dystocie par atrésie cicatricielle du vagin et considère le Porro comme un pis-aller.

Kessler partage cet avis : pour une simple sténose vaginale, dit il, le Porro est inadmissible, d'abord parce que cette opération ne peut pas se faire facilement à cause du raccourcissement et de l'inextensibilité du vagin, parce qu'elle n'empêche pas plus que ne le fait la césarienne, l'écoulement de liquides par le vagin, enfin parce que la mutilation qu'elle fait subir à une femme bien conformée n'est pas suffisamment justifiée.

Quant à nous, nous estimons avec la plupart des auteurs que l'opération de Porro, remplacée désormais par l'*hystérectomie abdominale subtotale après section césarienne de l'utérus est la méthode de choix.*

Discutons un peu cet avis.

En premier lieu, une des principales préoccupations de l'accoucheur doit être d'établir par la vulve un drainage suffisant, capable d'assurer l'écoulement au dehors des liquides septiques ; il faut essentiellement éviter la pénétration des germes morbides dans la cavité péritonéale. Or, l'opération césarienne s'oppose à l'écoulement lochial, puisque le rétrécissement vaginal subsiste, ne permettant pas le libre cours aux liquides excrétés. Le drainage du vagin, comme l'ont pratiqué Braun et Feitelberg, peut, il est vrai, assurer l'écoulement des lochies, mais il est tellement suscep-

tible d'occasionner de graves accidents d'infection qu'on ne doit pas l'employer. Du reste, il serait impraticable dans les cas où le vagin totalement obstrué serait réduit à l'état de cordon fibreux.

Nous n'avons pas ces accidents à craindre avec l'hystérectomie abdominale sub-totale.

Envisageons trois cas :

1er cas. — *Si l'utérus n'est pas infecté*, il n'y a aucun inconvénient à abandonner dans le ventre le pédicule cautérisé et bien suturé.

2e cas. — *Si l'utérus est infecté* (mort et macération du fœtus, liquide septique), on cautérise et suture le moignon, puis on pratique le traitement rétro-péritonéal du pédicule : le lambeau vésical abaissé sert à faire un dôme péritonéal que l'on fixe en arrière à la paroi pelvienne de chaque côté du rectum.

3e cas. — *Utérus infecté ou non, mais il existe, par exemple, une fistule vésico vaginale.* On peut imiter dans ce cas la méthode adoptée par M. le docteur Fournier d'Amiens, et pratiquer le traitement extra-péritonéal du pédicule : le moignon fermé par un surjet est amené au dessus de la symphyse pubienne entre les grands droits auxquels on le fixe, premièrement pour que son contact ne souille pas le péritoine, deuxièmement pour éviter la pénétration possible de l'urine dans le ventre. La peau est suturée par dessus, mais un drain s'échappe au dehors.

Ensuite, doit on considérer comme un avantage de la Césarienne sur le Porro ce fait de la conservation de l'utérus permettant une conception ultérieure?

Non, une nouvelle grossesse exposerait la parturiente aux mêmes accidents graves résultant de la dystocie par l'atrésie cicatricielle du vagin, l'opération césarienne n'a point détruit l'obstacle à l'expulsion du fœtus. De plus, dans le cas d'un nouvel accouchement, lors de la lutte de l'organe maternel contre les obstacles opposés à la descente du fœtus, la rupture de l'utérus ne serait-elle pas plus à craindre comme conséquence d'une césarienne ultérieure et de l'hypertrophie du muscle utérin consécutive au travail anormal de l'accouchement précédent.

Enfin, si nous jugeons d'après les statistiques, nous voyons que les résultats donnés par l'opération césarienne dans les cas de dystocie par atrésie vaginale acquise, sont loin d'être satisfaisants : sur 24 cas, il y a une mortalité de 41. 6 % pour les mères et de 36 % pour les enfants ; au contraire, les dernières statistiques faites au sujet de l'opération de Porro pratiquée dans des cas semblables, donne une mortalité maternelle de 7,5 %. N'y a-t-il pas là une différence considérable tout au profit de cette dernière intervention?

Donc, désormais dans les cas de dystocie grave par atrésie cicatricielle du vagin, nous pratiquerons l'hystérectomie abdominale sub-totale après section césarienne de l'utérus.

Pourquoi la sub-totale après section césarienne et non pas la sub-totale d'emblée?

M. le docteur Fournier, d'Amiens, écrivait dans l'*Obstétrique* de mars 1901 : « du moment que le sacrifice de l'utérus et nécessaire, il semble qu'il est plus simple de traiter l'utérus gravide comme une tumeur infectée, de le pédiculiser et de l'enlever d'un bloc. C'est là une conduite que je conseillerai de préférence à celle que j'ai suivie ... il est probable que ce pédicule de l'utérus gravide sera facile à former. Il vaudra mieux alors traiter l'utérus comme un fibrome infectieux et l'enlever d'un bloc sans hémisection préalable. »

Nous estimons et notre professeur M. le docteur Fournier est aujourd'hui également de cet avis, *qu'il sera souvent plus simple de pratiquer la section césarienne avant l'amputation de l'utérus*. D'abord parce que dans la plupart des cas, l'engagement et la fixation du fœtus dans la filière pelvienne, parce que l'excès de volume du segment inférieur de l'utérus ne permettraient de pédiculiser facilement l'organe gestateur que dans quelques cas particuliers. Ensuite parce qu'il serait possible de blesser accidentellement le fœtus au moment de la pédiculisation de l'uterus, premièrement à cause de son profond engagement, deuxièmement à cause de la difficulté éprouvée par l'opérateur au moment de l'intervention en conséquence de ce profond engagement de la partie fœtale. Enfin, parce que par ce procédé l'enfant n'aura pas à souffrir des lenteurs de l'opération et subira un choc opératoire moindre.

Il semble donc préférable à tous points de vue de diminuer d'abord le volume de l'utérus par l'évacua-

tion de son contenu avant de l'enlever et de sectionner son isthme.

Cependant dans les cas où l'organe maternel sera le réceptacle d'un fœtus mort, d'un liquide infect et septique, il vaudra mieux l'enlever d'un bloc sans section césarienne préalable.

Nous ne négligerons point de dire que nous préférons l'hystérectomie abdominale sub-totale, à l'hystérectomie abdominale totale, parce qu'elle est beaucoup moins longue à pratiquer, parce qu'elle nécessite pendant un temps moins considérable, l'ouverture du ventre, parce que son traumatisme est moindre pour la parturiente.

Voici pour terminer, d'une façon succinte, les différents temps de l'opération.

1e Temps. — Incision de la paroi abdominale. La malade étant mise dans la position horizontale, on fait une incision médiane aussi petite que possible, mais proportionnée au volume de l'utérus ; l'incision partira en général de l'ombilic pour atteindre la symphyse pubienne. Dans certains cas en effet, il faudra amener le moignon au-dessus de la symphyse pour le fixer entre les grands droits.

2e Temps. — Extériorisation de l'utérus et pincement des ligaments larges.

3e Temps. — Section césarienne de l'utérus, section de l'œuf, extraction du fœtus, nettoyage de la cavité utérine.

4e Temps — Incision transversale du péritoine

juste au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin. Décollement et refoulement de la vessie.

5e Temps. — Section du col de l'utérus le plus bas possible.

6e Temps. — Suture du moignon du col. Suture des tranches des ligaments larges et des utérines sur les côtés du moignon cervical.

7e Temps. — Suture de la paroi abdominale et pansement.

Dans les cas d'infection de l'utérus ou de fistule vésico-vaginale ... ajouter l'un des deux temps suivants :

a) Confection d'un dôme de séparation des cavités pelvienne et abdominale.

b) Fixation du moignon à la parois.

OBSERVATION X

M. Fournier, d'Amiens. — *In obstétrique*, décembre 1903.

Hystérectomie abdominale subtotale pour atrésie cicatricielle du vagin et grossesse de 7 mois 1/2. — Guérison.

Marie T..., 33 ans, légèrement rachitique, très petite et malingre, est accouchée une première fois le 19 janvier 1902,

d'un enfant de huit mois venu mort après quelques heures de travail, mais spontanément et par le sommet. La sage-femme qui l'accouchait, l'aurait laissée à deux reprises, 12 heures environ, sans uriner alors qu'elle en éprouvait de violents besoins. C'est à cela que la malade attribue le fait qu'au quatrième jour elle s'est aperçue de l'écoulement des urines par le vagin.

Un mois après elle est entrée dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu d'Amiens. Son observation porte qu'il existe chez elle une fistule vésico-vaginale située un peu en arrière du col vésical. En pratiquant le cathétérisme de l'urèthre, on s'aperçoit qu'à peine arrivée dans la vessie l'extrémité d'une sonde sort dans le vagin par un orifice ayant à peu près deux centimètres de diamètre. Le chirurgien pratique la cure de la fistule, puis quelque temps après une deuxième opération consistant en un cloisonnement du vagin et une colpocléisis. Malgré ces deux interventions l'urine continue à s'écouler par le vagin.

La malade entre le 9 janvier 1903 dans mon service d'accouchements.

Elle a de violentes douleurs et les contractions sont très fréquentes. La grossesse qui est de 7 mois 1/2 paraît plutôt être de 6 mois tant le fœtus est descendu dans l'excavation. D'ailleurs le palper abdominal est rendu impossible par la fréquence des contractions et l'interne qui voit la malade n'entend pas les bruits du cœur du fœtus Etat général médiocre, pouls à 120. Pas d'albumine dans les urines. Le soir 39°4 et pouls très rapide. A noter que le bassin est rétréci, car il y a un sacro-pubien de $0^{m}16$, un bis-épineux de 22, bis-iliaque 24, bi-trocheantériens 27 et l'ensemble du bassin paraît grêle. Le

promonto-pubien ne peut être mesuré, le doigt ne pouvant aller à la recherche du promontoire, mais il est logique d'admettre que ce diamètre est notablement diminué en égard aux dimensions généralement rétrécies du bassin et surtout en raison du raccourcissement du sacro-pubien qui n'a que 16 centimètres Ce rétrécissement explique sans doute l'origine de la fistule vésico vaginale à l'époque du premier accouchement.

Le toucher vaginal est impossible car l'index est arrivé à l'entrée de la vulve par des cicatrices irrégulières épaisses et irréductibles et donnant un aspect particulier. Plus haut le vagin semble remplacé par une masse cicatricielle au milieu de laquelle il y a diverses brides et surtout une travée antéro-postérieure. De chaque côté de cette travée se trouve un pertuis par lequel s'échappe l'urine goutte à goutte, surtout du côté droit. L'orifice gauche n'est pas perméable pour aucun instrument. L'orifice droit n'est pas perméable pour la sonde uréthrale qui est trop grosse, mais pour un hystéromètre qui s'engage peu à peu dans un trajet sinueux long de 0.07 1/2 et parvient probablement sur le col. On sent que dans la profondeur ce trajet est plus large C'est parlà que se produit l'écoulement continu d'urine. Il a fallu pour la fécondation que les spermatozoïdes déposés sur la vulve pénétrassent dans ce conduit étroit et parvinssent jusque sur le col malgré le milieu défavorable que doit constituer l'écoulement d'urine. La cure de la fistule par la deuxième intervention chirurgicale subie a donc failli réussir, mais il a persisté cependant un tout petit trajet nécessaire pour l'écoulement des règles. Malheureusement les urines ont pris le même chemin et les spermatozoïdes le chemin inverse,

Je vois la parturiente le lendemain de son arrivée, le matin. Elle a 38°, un pouls à 130. Elle n'a pas cessé d'avoir des contractions utérines et paraît fort déprimée Il m'est impossible dans cet état de la palper avec fruit et l'auscultation est négative. Dans ces conditions l'intervention est urgente. La colonne de tissu fibreux qui remplace le vagin m'interdit cette voie. La laparatomie me paraît seule indiquée. Donc le 10 janvier avec l'aide de MM. Debary et Lavillette, laparatomie qui découvre un utérus de 7 mois environ. Incision de cet utérus jusque sur le fond comme pour la césarienne. J'arrive sur le placenta inséré sur la face antérieure, je cherche les membranes pour amorcer l'énucléation, mais ces membranes sont verdâtres et je pense que le fœtus est mort, comme tout l'indiquait. Je sectionne donc l'œuf et j'extrais le fœtus qui vient avec quelque difficulté. Il est mort, pèse 250 grammes et a 0.37 de long. Il est replié sur lui-même, la tête contre le siège, le dos en arrière, l'épaule gauche engagée profondément dans le bassin où elle est comme fixée. La tête bute contre le pubis, l'épaule gauche est violacée. Le bras l'épaule, l'omoplate et la région pectorale de ce côté gauche sont mortifiés, recouverts de phlyctènes, tellement les contractions utérines ont rendu énergique et brutal l'engagement de l'épaule Le fœtus est un peu macéré, car l'épiderme est soulevé aux pieds et aux mains.

Le liquide amniotique est louche, coloré par du méconium et a mauvaise odeur. Le placenta et les membranes sont jaunes verdâtres, imprégnés de méconium. Le poids du placenta est de 300 grammes. La cavité utérine est nettoyée complètement avec des compresses. Je pratique l'hystérectomie abdominale subtotale en sectionnant l'utérus et ses annexes de gauche à

droite après décollement de la vessie sur une petite étendue. Le moignon du col est fermé par un surjet de même que les pédicules tubo-ovariens. Le col est amené au dessus de la symphyse pubienne entre les grands doigts auxquels je le fixe pour éviter que son contact ne souille le péritoine. La plaie est fermée sur trois places comme d'ordinaire, un drain placé dans la paroi ; 2000 grammes de sérum sont administrés en 24 heures sous la peau des cuisses. Le lendemain il y a 39° mais 110 pulsations et un bon état général qui se maintient constamment désormais. La température baisse les jours suivants. Mais le troisième jour un peu d'urine sort par le drain abdominal. Une sonde à demeure est placée dans la vessie et cet accident ne se reproduit plus. Suites simples. La malade se lève au dix-septième jour et va tout à fait bien. Il va sans dire qu'elle se trouve dans les mêmes conditions qu'avant cette dernière grossesse, c'est-à-dire que son urine s'écoule constamment par son vagin atrésié.

OBSERVATION XI

Kermanner — *In obstétrique*, 1903.

Sténose du vagin. — Opération de Porro.

Il s'agit d'une femme opérée pour une fistule vésico-vaginale rebelle à la colpocléisis. Fermeture du vagin presque complète dans sa partie supérieure par l'existence d'un anneau cicatri-

ciel adhérent à la vessie ; il ne persistait qu'un seul petit orifice. La femme redevint enceinte, au moment de l'accouchement on fit d'emblée l'opération de Porro, jugeant que l'expulsion du fœtus par les voies naturelles était impossible. Dans ce cas l'auteur pense que la fécondation a dû se faire par l'urèthre élargi.

OBSERVATION XII

Ikeda. *In thèse* de M Calbat.

Rétrécissement annulaire. — Rupture du vagin. — Opération de Porro. — Résultats favorables pour la mère et l'enfant.

N. Y..., 29 ans, secundipare. Bonne santé antérieure. Réglée à 17 ans, d'abord irrégulièrement, puis régulièrement. Mariée à 22 ans. Un accouchement à 27 ans, si laborieux qu'il nécessita une application de forceps. Un mois après, elle vint consulter l'auteur parce que « c'était devenu plus étroit par le bas » disait-elle.

Examen le 21 juillet 1891. Femme de grandeur moyenne, bien portante. Rien de particulier aux organes génitaux externes, mais l'orifice du vagin admet à peine un doigt. A 3 centimètres au dessus de l'ouverture du vagin, on trouve un anneau de tissu cicatriciel très large, dur, très épais, rendant le canal vaginal si étroit que l'on ne pouvait introduire le petit doigt que très difficilement.

Col utérin inaccessible.

Dilatation par des bougies de plus en plus volumineuses pendant un mois. Puis la femme cesse son traitement.

Le 29 mai 1893 au soir, elle entre à l'hôpital. Cessation des règles en août 1892. Grossesse normale. Début du travail le 27 mai à minuit. Rupture de la poche des eaux. Le 29 à 8 heures du soir, la parturiente est pâle, couverte de sueurs froides. Le pouls est petit ; le ventre est fortement tendu, sensible à la pression. Fœtus vivant. Au toucher on sent l'anneau cicatriciel décrit précédemment. Au dessus de la sténose, du côté droit rupture longue et profonde du vagin s'étendant très haut dans le canal vaginal. Impossible de dire si cette rupture intéresse l'utérus. L'opération césarienne est décidée, mais les circonstances en sont défavorables, à cause surtout de l'état d'épuisement de la parturiente.

Après un rigoureux lavage antiseptique, incision de l'abdomen, à partir de l'ombilic jusqu'à un travers de main au dessus de la symphyse puis prolongation de l'incision au dessus de l'ombilic. Extraction de l'utérus sans l'ouvrir. On pouvait très bien palper la tête fœtale à travers le col distendu et le vagin ; aussi on ne serra pas le tube de caoutchouc qu'on laissa provisoirement libre. Incision de l'utérus depuis le fond jusqu'à la partie inférieure du segment inférieur. L'incision ne porta d'abord que sur une faible étendue.

Ecoulement minime de liquide amniotique, puis agrandissement de l'incision en longueur et en profondeur. Extraction de l'enfant relativement difficile, parce que la tête était déjà profondément engagée dans le bassin. Petite fille débile, en état de mort apparente, vite ranimée.

L'utérus se rétracta beaucoup après l'extraction de l'enfant,

Pour arrêter l'hémorrhagie, on serra très fortement le tube en caoutchouc. Délivre enlevé facilement et sans hémorrhagie. Section transversale de l'utérus à quelques centimètres au dessus du tube. Moignon pansé à l'iodoforme et fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale qui fut suturée à la soie.

L'opération avait durée une heure et demie.

Suites de couches. D'abord très graves, inquiétantes, elles prirent peu à peu un caractère normal, et le 12 juillet 1893, la malade sortait de l'hôpital parfaitement guérie La petite fille se portait également bien.

OBSERVATION XIII

M. Huchon, dans sa thèse, Paris 1901.

Atrésie cicatricielle du vagin consécutive à une injection d'acide sulfurique, — Dystocie. — Hystérectomie abdominale totale. — Résultat heureux pour la mère et l'enfant.

Marie R... âgée de 26 ans, sans profession, entre le 26 septembre, à 10 heures du soir, à l'hôpital Saint-Germain-en-Laye, dans le service de chirurgie de M. le docteur Levêque.

Sans antécédents héréditaires, cette personne s'est toujours bien portée. Elle a marché à 10 mois, sa constitution est excellente, son squelette est normal. Elle a été réglée à 13 ans, toujours d'une façon irrégulière, sans métorrhagies ni ménorrhagies.

La malade se marie le 12 mai 1900 ; ses règles, supprimées durant près de 3 mois reparurent le 8 avril puis le 12 mai et durèrent 5 jours.

Dès son entrée on examine la malade qui souffre horriblement de brûlures de l'appareil génital La malheureuse a subi une injection d'acide sulfurique pur. Après avoir constaté que la vulve, y compris le pénil le périnée, la région interfessière et la région fessière elle-même, avaient été atteints par le caustique, il est procédé sommairement à l'interrogatoire de la malade qui se déclare enceinte ; ses règles n'ont pas reparues depuis le 12 mai. Elle est primipare et n'a pas encore perçu les mouvements actifs de l'enfant. Une sonde de Petzzer fut introduite immédiatement dans la vessie afin d'assurer l'évacuation de l'urine, puis les brûlures furent recouvertes d'une pommade calmante.

Les jours suivants des bains furent donnés afin de soulager les douleurs et de faciliter la chûte des escarres. Chaque selle est excessivement douloureuse et tous les deux jours on est obligé d'administrer un lavement que la malade rend au milieu de souffrances atroces. Au bout de quinze jours les bains journaliers sont supprimés car les escarres sont détachées et on commence à voir clair au milieu de cette masse grisâtre et putrilagineuse qui représentait la vulve à l'entrée de la malade à l'hôpital. La plaie s'étend de la partie médiane du mont de Vénus jusqu'à la partie supérieure du sacrum en recouvrant le périnée, l'anus et une partie du siège, surtout à gauche. Il n'existe plus ni grandes ni petites lèvres, ni clitoris, ni fourchette; on n'aperçoit que l'orifice du méat où se trouve la sonde de Petzzer. Le vagin est alors examiné. Il semble ne pas exister, car son tubercule est accolé à sa paroi postérieure.

Une sonde cannelée est cependant introduite ; elle parcourt un canal primitivement virtuel qui va en se rétrécissant sur une longueur de cinq centimètres environ sans toutefois arriver à une occlusion complète. Cet examen n'est pas poussé trop loin, on craint en effet d'atteindre l'utérus, lequel jusqu'à ce jour n'a présenté aucune contraction douloureuse.

Le 22 octobre une sonde de Petzzer est introduite dans le rectum dont on redoute l'oblitération. Cette sonde est enlevée puis remise après l'administration des lavements. Le 22 sont également commencés des pansements à l'acide picrique.

Le 24 octobre est retirée la sonde de Petzzer qui se trouve dans la vessie et la malade est sondée trois fois par jour. A cette même date on perçoit nettement les battements du cœur de l'enfant.

Depuis son entrée, la malade n'a pas eu de fièvre, son pouls a été normal et les urines, peu abondantes il est vrai, n'ont contenu que de légères races d'albumine.

Elle perçoit pour la première fois, à la fin d'octobre, les mouvements actifs de l'enfant

Les douleurs n'ont guère diminué, elle sont localisées dans le ventre et la région anale ; elles surviennent par crises non seulement au moment où le lavement est administré et où la malade va à la selle, mais même durant la nuit. Sous l'influence sans doute réflexe, la vessie se contracte à ces moments-là et l'urine s'écoule involontairement. Des piqûres de morphine sont faites pour soulager la malade et permettre à son entourage de se reposer.

Le 7 janvier on tente une nouvelle exploration du vagin et on constate que des adhérences se sont produites entre ses deux parois ; on essaye sans succès de passer une bougie

d'Hégar, mais on parvient à introduire un hystéromètre ordinaire, avec lequel on rompt les néoformations qui cloisonnent le vagin. Après avoir parcouru ainsi cinq centimètres environ, l'instrument arrive dans une cavité où son extrémité se meut librement. A ce moment s'écoulent quelques mucosités blanchâtres teintées de sang. Dans ce vagin recréé est introduite une sonde de Bozeman et une injection vaginale est administrée. Un drain en croix est placé dans la cavité afin d'empêcher l'accolement des parois, mais la malade ne peut le conserver ; à chaque garde-robe les contractions des muscles constricteurs du vagin sont si fortes que le drain est expulsé. On se contente d'une mèche mise à demeure

Durant tout ce temps la grossesse a suivi son cours sans incident, toutefois la malade a pris l'habitude de se coucher sur le côté droit afin de ne pas reposer sur sa fesse gauche qui est la plus brûlée. L'utérus favorisé dans sa tendance à se développer à droite occupe la fosse iliaque, le flanc et l'hypocondre droit. Il remonte jusque sous le foie ; sa hauteur est de 33 centimètres. Ces détails sur sa situation trouveront leur raison d'être lorsque nous parlerons de l'opération

Par le palper on fait le diagnostic suivant : présentation de l'extrémité céphalique en droite transverse sans engagement. Le foyer d'auscultation est à droite de la ligne médiane et en avant.

Depuis longtemps tout espoir d'accouchement par les voies naturelles avait été perdu, quelqu'eut été l'époque de la grossesse ; la rétraction cicatricielle, qui a modifié si profondément le vagin, l'orifice vulvaire et le périnée, eût rendu leur ampliation complètement impossible.

Inutile de songer à l'introduction d'un instrument, même si

l'enfant eut été mort et que l'on eut voulu broyer la tête. Sur un parcours de cinq centimètres environ, le vagin ne permettait pas l'entrée d'un corps ayant plus de six millimètres de diamètre. Dans ce cas il n'y avait pas à hésiter, l'opération césarienne seule offrait le salut à la mère et à l'enfant; elle fut donc décidée et fixée au 10 février; mais dans la nuit du 8 au 9 je suis appelé auprès de la malade à une heure du matin et je constate un début de travail. Les contractions utérines douloureuses surviennent toutes les cinq minutes. Mon chef est prévenu; tout est préparé pour l'opération qui a lieu le 9 février à 10 heures du matin.

Le chloroforme fut donné par mon collègue, M. Rigal, et j'assistai directement l'opérateur M. Lévêque; la malade fut placée sur le plan incliné et l'opération se passa d'une façon absolument normale. Les détails en ont été communiqués, par M. le docteur Lévêque à la Société de chirurgie « séance du 17 avril 1901 ». Je dirai simplement que l'utérus fut ramené sur la ligne médiane, l'incision fut faite sur la face antérieure et il n'y a pas eu d'hémorrhagie; l'emploi d'aucune valve n'a été nécessaire.

L'enfant fut extrait, tête première et se mit immédiatement à crier. L'opération césarienne fut suivie de l'hystérectomie abdominale totale Les jours suivants la mère eut peu de vomissements; son pouls et sa température restèrent de discordance pendant quelques jours, ce qui nous causa quelque inquiétude. Le 17 février tout danger était écarté. La morphine à laquelle la malade était habituée fut continuée jusqu'à cette date; le rétablissement de la mère n'était plus qu'une question de temps, aujourd'hui elle se lève, marche et mène la vie commune. Les cicatrices qui s'étaient ulcérées par suite de

son séjour en décubitus dosal après l'opération, sont complètement fermées et ne la gênent en rien. Son sphincter anal fonctionne très bien.

Les souffrances de la mère et son long séjour au lit ont eu leur répercussion sur l'enfant qui à sa naissance ne pesait que 2080 grammes; mis au sein chez une bonne nourrice, il a augmenté en moyenne de 22 grammes par jour et aujourd'hui 21 avril son poids est de 3660 grammes.

OBSERVATION XIV

Schauta et O. Weydlich *In thèse* de M. Calbat.

Rétrécissement cicatriciel. — Opération de Porro. — Longue convalescence.

Femme de 32 ans, ayant un rétrécissement cicatriciel du vagin, paraissant remonter à une scarlatine. Le travail a commencé. L'enfant est vivant. La tête étant déjà au détroit supérieur, Schauta doit renoncer à lier l'utérus avant de l'inciser; néanmoins l'hémorrhagie n'a rien d'inquiétant.

Traitement extra-péritonéal du pédicule. La guérison est retardée par une série de complications : exacerbation d'une ancienne cystite. Albuminurie. Bronchite.

OBSERVATION XV

Schauta et O. Weydlich. *In thèse*, M. Calbat.

Atrésie cicatricielle. — Opération de Porro.

Femme de 36 ans, ayant eu un premier accouchement difficile, en l'absence de tous soins compétents, il y a 9 ans.

Début du travail il y a 17 jours. Depuis 8 jours, l'enfant ne remue plus, et on n'entend plus les battements cardiaques.

Immédiatement au-dessus de l'entrée du vagin, existe une atrésie complète formée par des cordons cicatriciels convergents ; la sonde en pressant dessus passe au travers. On dilate cette ouverture pour passer le doigt. Ce dernier arrive dans un canal fermé en haut par la tête fœtale.

Schauta se propose de faire l'opération césarienne. La ligature préalable de l'utérus était impossible, vu l'engagement de la tête. L'incision à la paroi antérieure atteint le placenta. L'hémorrhagie est cependant peu considérable. Le fœtus était complètement macéré et le liquide dans lequel il baignait paraissait altéré.

En présence de la coloration vert foncé de l'endomètre qui lui faisait craindre des accidents d'infection, Schauta se décide à enlever l'utérus. Traitement du pédicule en dehors du péritoine. La plus haute température fut celle du troisième jour 38°2. Ecoulement verdâtre au début.

OBSERVATION XVI

Clinique de M. le professeur agrégé Lepage. *In Bulletin médical*, Novembre 1903.

Dystocie par rigidité cicatricielle du col.— Opération de Porro — Résultat heureux pour la mère et le fœtus.

En prenant récemment pour quelques semaines la direction du service, mon attention fut appelée, par M. Couvelaire, chef de clinique, sur une femme dont l'accouchement inspirait quelques craintes par suite de lésions cicatricielles assez marquées du côté du col utérin, lésions résultant des accouchements antérieurs.

L'histoire clinique de cette femme est la suivante :

Agée de 40 ans, elle est enceinte pour la sixième fois.

En 1890, premier accouchement terminé par une application de forceps ; enfant extrait mort après quelques inspirations ; déchirures du périnée et du vagin.

En 1892 accouchement spontané, une fille encore vivante à l'heure actuelle et qui présente une luxation congénitale

En 1893, troisième grossesse, accouchement chez un sage-femme en ville, enfant vivant.

En 1895, quatrième grossesse, avortement.

Enfin en 1901, lors du dernier accouchement qui dura trois jours, après une rupture prématurée des membranes, on fut obligé de faire sous le chloroforme une version extrêmement

difficile à cause d'une présentation de l'épaule. L'enfant fut extrait mort.

Voilà donc une femme qui, en laissant de côté l'avortement a eu, sur quatre grossesses, deux enfants morts à la suite d'interventions laborieuses ayant amené des déchirures des parties molles du col et du vagin.

En examinant cette femme, je constate chez elle un développement assez considérable de l'utérus, dont le fond remontait à 39 centimètres de la symphyse, une partie fœtale nullement engagée, un enfant bien développé, volumineux ; le bassin ne paraît pas vicié. Je constatai avec déplaisir que le périnée était déchiré, et surtout que le col était cicatriciel, le canal cervical en très mauvais état ; ces lésions qu'on avait reconnues avant mon examen, faisaient craindre des difficultés sérieuses au moment de l'accouchement.

La femme avait eu ses dernières règles du 5 au 12 novembre. Elle perdit les eaux le 23 août prématurément. Quelques petites douleurs survinrent dans la nuit, et le liquide amniotique s'écoula teinté par le méconium.

Je dois à la vérité de dire qu'avant hier (24 août) j'étais loin de croire que 24 heures après, je serais amené à faire chez elle une opération assez sérieuse. Je me disais : « il y a évidemment du tissu cicatriciel, mais cette femme a déjà accouché, il est probable que le placenta bas placé, contribue à l'élévation de la tête et l'empêche de s'engager, il n'y a pas de dystocie pelvienne très marquée, soyons optimiste et espérons que tout se passera bien. »

Hier matin (25 août) quand j'arrivai on me raconta que la femme avait beaucoup souffert toute la nuit, que les battements du cœur, de 140 étaient montés à 160 et 170, et que

le liquide ammiotique était de plus en plus vert. Il y avait manifestement là un état de souffrance du fœtus. La sage-femme de garde, Mlle Maîtrot, avait pratiqué le toucher, elle avait constaté un canal cervical cicatriciel, en outre, la dilatation qui atteignait les dimensions d'une pièce de deux francs, se faisait irrégulièrement.

Cependant à mon arrivée, lorsque M. Sauvage, chef de clinique adjoint, me parla de recourir chez cette femme à une opération de Porro je fus un peu surpris : pensant au premier abord que la dilatation pourrait encore se faire et qu'il valait mieux, après tout, attendre ce résultat que d'exposer la mère à une opération importante.

Mon opinion changea lorsque j'examinai la malade, je constatai que la tête n'avait pas descendu et l'auscultation fœtale me révéla des troubles sérieux : les battements du cœur atteignant 165 et 170 par minute, faibles et irréguliers. Bref il y avait un état de souffrance très manifeste de l'enfant. Malgré cela je me disais encore, n'étant pas très interventionniste par tempérament, que je n'avais pas le droit de pratiquer chez la mère une grosse opération pour venir au secours de l'enfant.

Le toucher m'impressionna péniblement : je constatai, comme Mlle Maîtrot l'avait vu, une rigidité cicatricielle du col et du canal cervical; l'orifice utérin se dilatait mal, et au dessus de l'orifice externe, il y avait du tissu cicatriciel extrêmement résistant, ne laissant que peu de tissu pouvant se dilater convenablement.

M. Sauvage, un peu refroidi par l'accueil que j'avais fait à sa proposition d'opération de Porro, me parla de symphyséotomie. Je répondis que cette opération n'était pas indiquée.

On peut y avoir recours quand l'accouchement traîne en longueur, quand la dilatation s'accomplit lentement et péniblement parce que la tête se trouve retenue par un rétrécissement du bassin. On a alors intérêt à sectionner la symphise pubienne ; à partir de ce moment on voit la tête descendre et l'accouchement se terminer rapidement

Mais ici, ce n'était point le cas ; le bassin n'était point en jeu, ce qu'il y avait, c'était une dystocie du canal cervical très prononcée.

Une troisième conduite pouvait être envisagée. On pouvait agir par voie basse, c'est-à-dire tâcher d'obtenir la dilatation du canal cervical Cette conduite pouvait être discutée et nous avions à notre disposition deux procédés : ou bien pratiquer des incisions multiples du col qui à l'heure actuelle n'offrent plus la même gravité qu'autrefois ou bien avoir recours au ballon de Champetier de Ribes.

Mais on ne pouvait employer d'une manière utile les incisions multiples du col, parce qu'il ne s'agissait pas d'une cicatrice localisée à l'orifice externe du col il y avait une sorte de demi-circonférence de tissu cicatriciel à la partie postérieure et la dilatation n'aurait pu se faire d'une façon suffisante dans ces conditions D'ailleurs les accouchements qui se produisent ainsi à travers un col cicatriciel ne sont pas toujours sans danger ; le tissu de cicatrice résiste, des déchirures peuvent se produire, soit au niveau du tissu cicatriciel, soit dans les tissus avoisinants et intéresser des vaisseaux importants ou être l'origine de déchirures utérines qui remontent dans le segment inférieur, Il y a une dizaine d'années une femme est ainsi morte à la clinique Baudelocque, elle accouchait pour la cinquième fois, ayant de très gros enfants. On opère la version

par manœuvres internes tout se passe à peu près normalement. mais cette femme perd du sang pendant la délivrance. On pense à une hémorrhagie du segment inférieur, on fait un tamponnement vaginal, mais, malgré cela, la femme continue à perdre du sang et elle succombe à l'hémorrhagie.

A l'autopsie on constate un tissu cicatriciel avec solution de continuité intéressant un gros vaisseau dans l'intérieur du canal cervical.

Quand au ballon de Champetier, il est excellent, et il rend des services considérables, mais pour agir sur des tissus de cicatrices, il exige beaucoup de temps, car en réalité il n'agit pas sur le tissu de cicatrice, mais sur le tissu sain.

Dans les conditions où nous nous trouvions, et dans l'intérêt de l'enfant et même dans l'intérêt de la mère, il ne fallait point songer à ces demi-mesures il fallait pratiquer l'opération de Porro ; nous ne faisions pas ainsi courir sensiblement plus de risques à la femme, et nous la mettrons à l'abri d'accidents pouvant se produire ultérieurement.

Je vais vous raconter cette opération de Porro avec les incidents qui se sont présentés, nous discuterons ensuite, si ayant eu recours à l'extraction par la voie abdominale, c'était bien cette opération que nous devions pratiquer.

Après les mesures de désinfection et le cathétérisme de la vessie, nous avons procédé à l'opération : l'incision de la paroi abdominale fut facile, trop facile même car elle était extrêmement amincie, et très rapidement nous pénétrons dans la cavité péritonéale : incision large, 18 centimètres environ.

Lorsque cette incision est faite on peut procéder de deux façons différentes :

Ou bien inciser l'utérus *in situ*, c'est à-dire demeurant dans

la cavité abdominale. et une incision de 16 à 18 centimètres suffit, le fœtus peut passer au travers;

Ou bien faire sortir l'utérus en entier par le procédé de Muller et l'inciser en dehors de la cavité abdominale.

Chez notre malade je fis l'incision *in situ*. Je constatai, ce que vous connaissez tous, une rotation considéable de l'utérus de gauche à droite, de telle sorte qu'à 1 centimètre 1/2 à gauche de la ligne médiane, j'arrivai sur le ligament large du côté gauche.

Lorsqu'on pratique l'opération césarienne conservatrice, vous savez qu'il est nécessaire de faire redresser l'utérus de façon à ce que l'incision corresponde à la ligne médiane autant que possible. Je fis redresser un peu l'organe et incisai sa paroi. En pareil cas, lorsque vous êtes décidé à pratiquer l'opération de Porro. vous n'avez pas à vous préoccuper de la grandeur de l'incision ni de sa forme, ni de sa régularité plus ou moins grande. Un procédé simple, qui donne toute sécurité, consiste à perforer, en un point, la paroi utérine avec l'extrémité d'un ciseau ou d'un bistouri et à introduire le doigt à travers cette brèche et à dilacérer avec ce doigt la paroi utérine pour pénétrer à l'intérieur de l'organe. Cela fait, avec des ciseaux, rapidement vous augmentez l'incision de façon à permettre l'extraction du fœtus.

Ceux d'entre vous qui assistaient à l'opération ont pu être frappés de la coloration vert orange que présentait la surface externe de l'œuf à ce moment et qui montrait combien le fœtus avait souffert, car les membranes étaient pour ainsi dire teintées, imprégnées, par cette coloration.

Je pratiquai donc l'extraction du fœtus A ce moment le rôle de l'aide est important, c'est lui qui tient pour ainsi dire,

entre ses mains le pronostic de l'opération. Il doit faire deux choses : saisir la paroi abdominale à pleine main de façon à la fermer et empêcher que les anses intestinales ne fassent hernie dans la plaie, et avec l'autre main il va saisir le pédicule utérin de la manière à faire l'hémostase.

C'est un procédé opératoire plus simple que les tubes de caoutchouc ou les compresses que Zweifel a conseillées.

Lorsque le fœtus fut extrait, je le confiai à Mlle Maitrot qui, à deux ou trois reprises, me dit que cet enfant n'était pas bien brillant, qu'il respirait mal. Peu à peu, après désobstruction des voies respiratoires, il se mit à respirer et cria au bout de dix minutes. On l'a fait mettre dans une couveuse

Il est gros et pèse 3 kilos 800, il a 51 centimètres de longueur.

Aujourd'hui il a meilleur aspect, mais néanmoins le pronostic est encore réservé ; il faut deux à trois jours avant que l'enfant soit hors d'affaire. Un enfant ayant souffert comme celui-ci, malgré l'état satisfaisant dans lequel il se trouve maintenant, peut très bien présenter ces jours-ci les accidents de broncho-pneumonie dus à des inspirations prématurées, faites dans l'utérus, qui amènent une infection pneumonique. Plus souvent peut-être il y a des infections intestinales et j'ai vu souvent des enfants présenter, dans les premiers jours, une température de 39 à 40° sans la moindre localisation pulmonaire.

Lorsqu'on a désobstrué les voies respiratoires et que l'enfant commence à respirer, il est inutile de pratiquer l'insufflation, il faut laisser l'enfant au repos.

Une fois l'enfant extrait, le plus rapidement possible, on ferme la cavité abdominale.

Ici se place un petit incident : lorsque je regardai la cavité abdominale, je m'aperçus désagréablement qu'il y avait une hémorrhagie assez considérable sur la partie latérale gauche inférieure de l'utérus, et, cependant, j'avais déjà placé un tube de caoutchouc plein et enserré la base de l'utérus qui devait constituer mon pédicule ; j'avais mis une pince sur le caoutchouc et cependant il y avait une hémorrhagie au dessous de la partie enserrée par le tube de caoutchouc. Il y avait chez cette femme, une petite déchirure de la partie supérieure du ligament large au dessous de ce pédicule, déchirure par laquelle s'écoulait un mélange de sang veineux et de sang artériel. Il fallait avant tout faire l'hémostase ; je la fis par un surjet au catgut et l'hémorragie s'arrêta.

Quelle est la cause de cette déchirure ? A quel moment s'est-elle produite ? Il est possible que l'inclinaison exagérée de l'utérus, à droite, ait préparé cette solution de continuité, mais c'est surtout au cours des manœuvres faites pour placer le tube de caoutchouc que l'utérus a dû être tiré un peu trop vivement à droite et en haut.

Quant à la suture de la paroi abdominale, je voulus la faire en trois plans comme après toute laparatomie : je pratiquai un surjet péritonéal, mais quand je voulus faire une seconde suture de l'aponévrose et de la paroi musculaire, je ne trouvai pas de quoi charger l'aiguille.

J'aurais donc gagné du temps et j'aurais eu une cicatrice tout aussi résistante en faisant une suture en un seul plan.

Il s'est produit un autre incident que je dois vous signaler parce qu'il a son importance au point de vue des questions qui restent à discuter.

Je m'étais servi du serre-nœud de Segond, qu'il me fut impossible de séparer du porte-serre nœud ; j'essayai en vain, après M. Sauvage, de le retirer. Je n'y pus parvenir. Il me fallut enlever l'appareil en entier et en appliquer un autre qui était préparé. Cet incident nous fit perdre au moins huit à dix minutes. Cette complication résulte de ce qu'après la stérilisation, l'appareil est couvert d'un peu de rouille à la surface interne des glissières et on éprouve de la difficulté à le sortir.

Nous fûmes donc obligés de recourir à un autre serre nœud et nous eûmes encore une assez grande difficulté pour sortir le porte-serre nœud bien que nous l'eussions essayé au préalable.

Le serre-nœud une fois placé je pratiquai la section de l'utérus. Celle-ci se fait à deux ou trois centimètres au dessus du tube de caoutchouc et pour empêcher celui-ci de glisser, on traverse le pédicule avec une broche que l'on sectionne de chaque côté à la longueur voulue avec une forte pince coupante. Je fixai mon pédicule utérin à la paroi abdominale par un point à la soie en avant et à la partie inférieure et je l'enroulai dans une petite bande de gaze.

Ce matin la malade est aussi bien que possible, elle n'a pas vomi, elle a uriné, elle a par conséquent des chances sérieuses de guérison. Le pouls est à 56 mais bien entendu ce n'est que dans deux ou trois jours qu'on pourra établir le pronostic d'une façon certaine.

Il s'agit maintenant de discuter l'opportunité de l'opération que nous avons tentée : étant donné que nous avons décidé d'avoir recours à l'extraction par la voie abdominale pouvait-on faire une opération césarienne conservatrice ? Cette opération

aurait eu le gros avantage de conserver à cette femme l'espoir d'une maternité ultérieure, dont d'ailleurs elle ne se soucie pas beaucoup, sachant qu'elle a des accouchements difficiles.

Mais cette opération était formellement contre indiquée par ce fait que l'œuf était ouvert depuis plus de 36 heures, que l'enfant avait souffert et qu'il y avait déjà de la température. On ne peut la tenter avec sécurité que si l'œuf est intact s'il n'y a pas d'écoulement suspect.

D'autre part, au point de vue de l'avenir de la femme, n'y aurait-il pas un certain danger de conserver un utérus dont la partie inférieure est aussi cicatricielle ; lors d'accouchements ultérieurs de grosses difficultés auraient pu surgir. Devait-on pratiquer l'hystérectomie abdominale totale ou subtotale ? Théoriquement, dans un cas comme celui-ci, l'hystérectomie totale est plus rationnelle, car laisser un moignon utérin en mauvais état — peut-être déjà en puissance d'infection — et qui, dans tous les cas, ne servira à rien, c'est courir, sans aucune compensation, le risque d'un infection ultérieure.

Cependant je ne l'ai point faite pour diverses raisons

D'abord je connais les préférences de mon maître, M. Pinard, pour l'opération de Porro, et le suppléant ici, ce m'est un devoir agréable, de suivre autant que possible sa pratique.

D'autre part il m'a paru utile de faire devant vous l'opération de Porro, à laquelle, dans la pratique, vous aurez recours plus volontiers qu'à l'hystérectomie totale, si vous n'êtes pas très familiarisés avec la chirurgie abdominale.

En outre, le traumatisme est moindre dans l'opération de Porro ; le pouls qui est chez notre opérée à 56 ce matin serait au moins à 90 ou 100 si on avait pratiqué l'hystérectomie totale.

Une raison qui rend le pronostic de l'hystérectomie abdominale totale plus sérieux, c'est qu'elle est plus longue à pratiquer que l'opération de Porro, et nécessite par conséquent pendant plus longtemps l'ouverture de la cavité abdominale.

Sans vouloir faire le parallèle entre l'opération de Porro et les hystérectomies abdominales totale et sub-totale, je puis vous dire que le Porro a l'inconvénient de nécessiter des soins prolongés jusqu'à la chute du moignon qui ne se fait guère que vers le dix-huitième jour ; il se produit souvent de la suppuration au niveau du pédicule et la cicatrisation complète de la plaie n'a guère lieu qu'au bout d'un mois et demi. Ce sont ces inconvénients qui ont amené différents accoucheurs à substituer dans des conditions déterminées chez une femme au début du travail, l'hystérectomie sub totale à l'opération de Porro ; j'y ai eu recours il y a trois ans chez une femme tuberculeuse ayant un rétrécissement du bassin très accusé ; mais, chez une femme en travail depuis quelque temps comme celle dont je vous entretiens aujourd'hui, l'opération de Porro a l'avantage d'être d'exécution plus rapide et de produire, je le répète, un traumatisme moindre. Ces raisons compensent les inconvénients d'une convalescence très lente.

Un dernier point à vous signaler : c'est l'état du muscle utérin que je vous présente et qui offre une hypertrophie notable de sa paroi ; d'une épaisseur anormale au niveau du corps, contrastant avec la minceur du segment inférieur. Or, comme l'a fait ressortir M. Sauvage dans sa thèse, c'est là une condition favorable à la production de la rupture de l'utérus. Chez notre malade plusieurs des accouchements antérieurs ont été dystociques ; le muscle utérin a eu à lutter et s'est sans doute hypertrophié par ce travail anormal. Aussi je ne crois pas

m'aventurer dans le domaine de l'hypothèse, en vous disant que, chez cette femme, la rupture de l'utérus était à craindre, la contraction ne pouvant réussir à pousser la tête fœtale de manière à ce qu'elle dilate suffisamment le col cicatriciel.

Un certain nombre de ruptures de l'utérus ont été observées dans des cas semblables. Aussi ne faut-il pas trop hésiter en pareil cas à recourir à l'opération de Porro qui est une opération relativement bénigne puisqu'elle ne donne dans les dernières statistiques que 10 o/o de mortalité. Or, il ne faut pas oublier qu'on la pratique dans des cas qu'on juge défavorables pour la césarienne conservatrice. Il est évident que chez la femme dont je vous ai entretenus, l'opération pratiquée douze ou quinze heures plus tôt eut présenté moins de gravité pour l'enfant dont la vitalité eut été moins compromise, pour la mère dont l'utérus aurait eu moins le temps de s'infecter.

L'opération de Porro est une opération qui doit être conservée dans la pratique, en raison même de son innocuité relative qui permet de terminer l'accouchement dans des cas de dystocie sérieuse ; c'est une opération pour laquelle je conserve une certaine prédilection, puisque l'ayant pratiquée 6 ou 7 fois chez des femmes en travail depuis un certain temps, je n'ai eu jusqu'à présent à regretter aucun décès.

J'espère que la malade dont je vous ai entretenus aujourd'hui continuera cette série heureuse. Du reste la gravité réelle de cette opération n'existe que lorsqu'elle est pratiquée trop tard chez des femmes épuisées par des hémorrhagies ou par un travail trop prolongé.

N. B. L'enfant est porté en nourrice en bon état le

dixième jour après la naissance. La mère a quitté le service en bon état un mois après l'opération, n'ayant eu qu'une seule élévation de température mais avec une plaie non entièrement cicatrisée.

CONCLUSIONS

1° Les astrésies cicatricielles déforment le vagin, détruisent sa constitution anatomique, le privent de ses fonctions physiologiques, obturent sa lumière, pervertissent la direction de son axe, en un mot, transforment ce canal en un conduit impropre au passage du fœtus au moment du travail.

2° Elles sont redoutables par les accidents nombreux dont elles menacent la parturiente, au moment de l'accouchement et par les dangers qui compromettent également la vie du fœtus.

3° Pendant la gestation la seule règle à suivre est de s'abstenir de toute intervention et d'éviter de provoquer un accouchement avant terme quelque soit le dégré du rétrécissement cicatriciel. On se contentera si possible, d'assurer l'antisepsie du vagin à l'aide d'injections au sublimé pratiquées avec la sonde de M. le professeur Budin.

4° Dans les cas de dystocie simple, il faudra inciser les brides et les cloisons cicatricielles, diviser les parties agglutinées, dilater le rétrécissement du canal vaginal à l'aide de bougies de volume progressivement croissant, d'un ballon de Champetier de Ribes, etc.

Incisions prudentes et latérales lorsqu'il y a de sérieux obstacles à la dilatation du conduit.

Application de forceps raisonnée.

5° Dans les cas de dystocie grave il faudra pratiquer *l'hystérectomie abdominale sub-totale après section césarienne de l'utérus.*

6° Dans les cas où l'organe maternel sera le réceptable d'un fœtus mort, d'un liquide infect et septique, il vaudra mieux, si possible, l'enlever d'un bloc sans section césarienne préalable.

Vu : le Doyen,
DEBOVE.

Vu : le Président de la Thèse,
P. BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Peu. — Pratique des accouchements 1694, p. 245,

Calbat. — Des malformations accidentelles ou acquises du vagin au point de vue obstétrical. Thèse de Nancy, 1899.

Huchon. — Contribution à l'étude des atrésies vaginales et de leur rapport avec la grossesse. Thèse de Paris, 1901.

Varnier. — Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical. Thèse de Paris, 1888.

Cazeaux et Tarnier. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1877.

Baudelocque. — L'art des accouchements, 1807.

Charpentier. — Traité pratique des accouchements.

Gaulard. — Cours d'accouchement.

O. Schœffer, J. Polocki. — Atlas manuel d'obstétrique.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Auguste Rélière. — Contribution à l'étude de la colpoplastie

dans l'atrésie et la sténose du vagin. Thèse de Paris, 1902.

Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, t. III, 1890.

L'obstétrique depuis l'année 1895.

Mme Lachapelle. — La pratique des accouchements, 1825.

Pozzi. — Traité de gynécologie, 1897.

Hubert de Louvain. — Cours d'accouchement, 1878.

Delaunay. — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin. Thèse de Paris, 1877.

Jacquemier. — Manuel des accouchements, 1846.

Puech. — Atrésie des voies génitales chez la femme, 1864.

Lepage. — Bulletin médical. Novembre, 1903.

Brindeau. — Obstétrique. Mars, 1901.

Fournier. — Obstétrique. Décembre, 1903.

L. Debrand. — Des rétrécissements du conduit vulvo-vaginal, 1884.

Mlle E Mesnard. — Archives de tocologie et de gynécologie, 1891.

Roth. — *In* thèse de Lyon. Paris, 1887.

P. Budin. — Obstétrique et gynécologie, 1885.

A. Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1898

Crouzat. — Séance de la société obstétricale et gynécologique de Paris (Compte rendu), 1891.

Picado. — Thèse de Genève, 1898.

Lombard. — Gazette médicale de Paris, 1831. n° 14.

Barbotin. — Gazette de santé, 25 août, 1826.

Lyon. — Thèse de Paris, 1888.

Doléris. — Archives de tocologie, 1874.

Manuel Muro — *In journal de chirurgie* (Malgaigne). Paris, 1845.

Gallois. — Dauphiné médical. Novembre. 1891, nº 11.

Hayem — Revue des sciences médicales.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 16, rue Racine, Paris.